



**Sociedade
Portuguesa
de Enfermagem
de Saúde Mental**



CESPU
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE



“Mais Saúde Mental”

XI Congresso Internacional ASPESM

29 e 30 de Outubro 2020

Evento On-line

E-book

www.aspesm.org

EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

TÍTULO: *E-book*: XI Congresso Internacional da ASPESM

Sub-Título: Mais Saúde Mental

COORDENAÇÃO DA EDIÇÃO:

Carlos Sequeira

José Carlos Carvalho

Luís Sá

Paulo Seabra

Mafalda Silva

Odete Araújo

COMISSÃO EDITORIAL:

Bruno Santos

Francisco Sampaio

Lia Sousa

Luís Silva

Divulgação: ASPESM

Suporte: *E-book* (formato. pdf)

ISBN 978-989-54826-3-4



Nota: Todos os artigos publicados são propriedade d'ASPESM, pelo que não podem ser reproduzidos para fins comerciais, sem a devida autorização da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

A responsabilidade pela idoneidade e conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.

A opção do texto com o novo acordo ortográfico ficou a cargo de cada autor.

Citação - APA Style:

Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sá, L., Seabra, P., Silva, M. & Araujo, O. (Eds.) (2020). XI Congresso Internacional ASPESM: Mais saúde mental. Porto: ASPESM.

Conteúdos

Competências emocionais e eficácia clínica na prática de enfermagem.....	10
Estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico: níveis de stress, ansiedade e depressão	25
Repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras.....	40
Boas práticas na inter-relação da Educação Permanente em Saúde e a construção teórica de Peplau	50
Risco e de proteção ao uso de drogas entre escolares de um município brasileiro.....	59
Estratégias de construção do habitar em Residências Terapêuticas: reflexões conceituais sobre autonomia e protagonismo social	68
Grupo Conscientização: um dispositivo de cuidado a partir das experiências dos adolescentes em vulnerabilidade social.....	78
Processos de regulação emocional na predição de sintomas de depressão em pacientes com insuficiência renal crónica	87
Dimensões das emoções presentes no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos identificadas por enfermeiros	97
Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Alcoolista: experiência brasileira.....	106
Determinantes de bem-estar subjetivo em pessoas idosas na comunidade	116
Adaptação psicológica do enfermeiro coordenador em situação de conflito no ambiente hospitalar.....	128
Compleitude e duplicidade dos registros de lesão autoprovocada do Sistema de Informação de Agravo de Notificação.*	139
Suicídio em Portugal em tempos de pandemia – uma primeira avaliação	149
Intervenção psicoterapêutica ao cuidador informal da pessoa com perturbação mental: revisão integrativa	159
Revisão bibliográfica: Canabionídeos sintéticos e a Internet:Novos desafios para enfermagem	166
Bem-estar e saúde mental dos estudantes de enfermagem em tempo de pandemia- COVID-19	175
A Consulta de Cessação Tabágica numa unidade saúde familiar: boas práticas na área das dependências.....	186

XI Congresso Internacional ASPESM

A arte de Escutar o Curador Ferido	195
Síntese de evidências de estudos com Robototerapia-PARO.....	204
Características psicossociais comuns em adolescentes com ideação suicida: revisão sistemática com metassíntese	213

Introdução

O ano em que a Organização das Nações Unidas (ONU) designou como o “Ano das Enfermeiras e Parteiras”, para reconhecer a importância do trabalho destas a nível global e para as colocar no centro das políticas de saúde, foi um ano inimaginável para as 28 milhões de enfermeiras e 2 milhões de parteiras em todo o mundo, que no global representam metade da força de trabalho na saúde. Os desafios que emergiram pela Covid19 trouxeram desafios nunca vistos em prevalência e consequências a nível global.

Para aqueles que se preocupam, trabalham e investigam na área da saúde mental, os desafios não foram e não serão menores no futuro. Se antes já havia evidência do peso global crescente dos problemas em saúde mental e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas, neste último ano, a ONU reporta séria quebra no atendimento e acompanhamento das pessoas em 93 países e incapacidade de resposta a novas necessidades. Se por um lado as pessoas infetadas com SARSCoV2 reportam complicações neurológicas e mentais, as pessoas com prévias perturbações mentais, neurológicas e com uso problemático de substâncias, são mais vulneráveis à infeção.

Estes foram aspetos marcantes na organização do **XI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPEMS)**. Dificultadores, mas não impeditivos. Realizamos pela primeira vez o congresso de forma virtual com centenas de participantes, e destaca-se a já habitual presença de colegas de Espanha e do Brasil. Os efeitos da pandemia na sociedade e nos profissionais de saúde foi tema de uma conferência em mesa do congresso “Impacto da pandemia na Saúde Mental: principais desafios”.

Apresentando este e-book, os leitores tomam conhecimento de alguns trabalhos científicos apresentados no congresso. Os trabalhos revelam a participação de múltiplos investigadores e profissionais da área da saúde mental, com muita intervenção comunitária. Apesar de serem partilharmos cada vez mais trabalhos de múltiplos profissionais, emerge sempre neste nosso encontro, a discussão de boas as práticas em Enfermagem de Saúde Mental e a investigação nesta área.

Este ano com o título “**Mais Saúde Mental**”, a ASPESM decide dinamizar a discussão a partir da base e do contributo dos cuidados de enfermagem de saúde mental para a nossa população. Discutiu-se a muito desejava via da formalização do conhecimento em Enfermagem e os contributos para a prática clínica. Foi apresentada uma obra há muito sentida como necessária pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções). Foram apresentados, no campo das intervenções e programas de intervenção, procedimentos

específicos, sistematizados e especializados em contexto de internamento e na comunidade. Discutiram-se desafios emergentes em saúde mental e apresentaram-se projetos inovadores. Renova-se uma pluralidade de temas que são desafiados a serem apresentados depois de aceites pela comissão científica. Este ano tivemos a partilha de estudos e boas práticas na área dos comportamentos aditivos e dependências, com e sem substâncias, em múltiplas populações; Intervenções com indivíduos e famílias com doença mental grave; O cuidado em situações de violência e contextos adversos; A promoção da saúde mental junto de diferentes populações; Estudos sobre a saúde mental em diferentes grupos profissionais; A qualidade, a satisfação e segurança de cuidados em saúde mental e, Estudos sobre a saúde mental de pessoas em diferentes fases do ciclo de vida. Concluindo, partilha-se evidência e destaca-se o vasto campo de ação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os e-books dos nossos congressos e as revistas estão disponíveis em <http://www.aspesm.org/>. Leia e para o ano a ASPESM espera a sua participação.

Agradecemos às instituições que deram o seu apoio para realização do congresso: Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola superior de Saúde do Vale do Ave e as Irmãs Hospitalteiras da Casa de Saúde do bom Jesus.



TEMÁTICAS DO EVENTO

Dia 29 de Outubro

9.00h – **ABERTURA SECRETARIADO**

09.30h – **SESSÃO DE ABERTURA**

- Direção d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental – Carlos Sequeira
- Representante da Comissão Científica do Congresso - Teresa Lluch
- Representante da Comissão Científica do Congresso - Cláudia Mara
- Diretora de Enfermagem da Casa de Saúde do Bom Jesus – Paula Palmeira

10.00h-10.30h - **CONFERÊNCIA I | Formalização do Conhecimento em Enfermagem: Contributos para a Prática Clínica** - Carlos Sequeira (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

Moderador: Lia Sousa (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave - IPSN/CESPU e ASPESM)

Comentador: Isabel Amorim (Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo)

10.30h-11.00h – **Apresentação do Livro | Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções** – Carlos Sequeira & Francisco Sampaio

11.00h – PAUSA PARA CAFÉ

11h30/13.00h – **MESA I – PROCEDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO**

Moderador: Bruno Santos (Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga e ASPESM) & Isilda Ribeiro (Escola Superior de Enfermagem do Porto e ASPESM)

- **Relaxamento** (em pessoas com Ansiedade) – Paulo Oliveira (Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães)
- **Treino metacognitivo** (em pessoas com delírio) - Lara Pinho (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus e Escola Superior de Saúde de Portalegre)
- **Treino de autocontrolo no doente com comportamento auto lesivo** – Paula Martins (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)
- **Programa de consciencialização para promover a literacia em saúde mental** – António Carlos Amaral (CH Tondela/Viseu)

XI Congresso Internacional ASPESM

13.00h/14.30h – PAUSA PARA ALMOÇO

14.30h/16.00h – **MESA II - PROCEDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO DE COMUNIDADE**

Moderador: Odete Araújo (ASPESM e Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho)

- **Programa de capacitação do cuidador familiar** – Rita Costa (UCC da Sra. Hora)
- **Estimulação cognitiva** (na Cognição comprometida) – Eduarda Barros (UCC Leça da Palmeira)
- **Entrevista Motivacional** (na Dependência de tabaco) - Rafael Leite (UCC Fafe Saúde)
- **Aconselhamento** (em adolescentes) - Patrícia Alves (UCC da Boavista)

16.00h - PAUSA PARA CAFÉ

16.30h/18.30h – Apresentação de Comunicações Orais e Posters

Dia 30 de Outubro

9.00h/11.00h – Apresentação de Comunicações Orais e Posters

11h – PAUSA PARA CAFÉ

11h30/13h00 – **MESA III – Desafios em Saúde Mental**

Moderador: Lia Sousa (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave - IPSN/CESPU e ASPESM) & Joaquim Passos (Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos)

Moderador: Lia Sousa (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave - IPSN/CESPU e ASPESM) & Joaquim Passos (Hospital de Santa Maria Maior, Barcelos)

- **Janssen - Serviços comunitários e a esquizofrenia: o papel do enfermeiro** – Ana Campos (CH Tondela/Viseu)
- **Literacia em Saúde Mental dos enfermeiros de cuidados de saúde primários** – Amadeu Gonçalves (Escola Superior de Saúde de Viseu)
- **Intervenção com grupos de pessoas com consumo de substâncias** - Paulo Seabra (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

13.00h/14h30 – PAUSA PARA ALMOÇO

14h30/16.00h – **MESA IV – Projetos inovadores em Saúde Mental**

Moderador: Eugénia Santos (CH Vila Nova de Gaia & ASPESM) & Jorge Almeida (Instituto Politécnico de Castelo Branco)

- **Kit Básico de Saúde Mental e Programa de Capacitação de Dinamizadores Locais de Saúde Mental** - Ana Mina (Activamente)
- **Literacia para a Saúde nas escolas: corpos são em mentes são** – Andreia Magina (UCC Aveiro Norte) & Fernanda Lopes (Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga)
- **Aliança terapêutica no processo psicoterapêutico de adolescentes** – Andreia Espírito Santo (Hospital Beatriz Ângelo)

16h30 – **CONFERÊNCIA II | Impacto da pandemia na Saúde Mental: principais desafios**

– Francisco Sampaio (Universidade Fernando Pessoa)

Moderador: M^a José Nogueira (Escola Superior De Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa - Alto Tâmega)

Comentador: José Carlos Carvalho (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

17.00h - **Sessão de Encerramento e entrega de prémios de Comunicações Orais e Posters**

– Lia Sousa (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – IPSN/CESPU) & Joana Coelho (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) & José Carlos Carvalho (Escola Superior de Enfermagem do Porto e ASPESM)



Resumos

Competências emocionais e eficácia clínica na prática de enfermagem

Ana Galvão*; **Maria José Gomes ****; **Marco Pinheiro*****; **Cátia Costa******

*** Doutora, Psicóloga, Professora Coordenadora Principal, Instituto**

Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal.
anagalvao@ipb.pt, IUCISA: E

**** Doutora, Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal.**
mgomes@ipb.pt, IUCISA: E

***** Especialista em Gestão Empresarial e Contabilidade, Assistente convidado no ISCTE-IUL, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, marco.paulo.pinheiro@gmail.com**

****** Doutoranda, Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidad de León, Campus de Vegazana, s/n, 24071 León, Espanha, cafonc00@estudiantes.unileon.es, Enfermeira na UCC Moimenta da Beira Saudável**

RESUMO

Para o desenvolvimento da eficácia clínica, os enfermeiros necessitam conhecer as evidências empíricas mais robustas, desenvolver competências de autoconhecimento e autoconfiança, que lhes permitem a tomada de decisões seguras, de acordo com o plasmado no regulamento aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Objetivou-se identificar o nível de eficácia clínica e competências “intrapessoais” dos enfermeiros e identificar eventuais relações entre estas dimensões e fatores socioprofissionais. Realizou-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 573 enfermeiros. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário online com três partes: questões socioprofissionais; Trait Meta-Mood Scale; e, Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. Os resultados evidenciam bons níveis nas seis dimensões em estudo, com exceção da dimensão “Práticas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em várias das dimensões quando relacionadas com o sexo, anos de serviço e título atribuído pela OE, bem com o ter ou não frequentado formação em inteligência emocional (IE). Encontrámos evidências que existe uma correlação positiva entre as competências emocionais e a eficácia clínica, sendo que a literatura internacional evidencia a necessidade de haver formação em IE de forma a melhor cuidar. Entender e gerir as emoções, é uma competência fundamental no exercício da profissão de enfermagem, constituindo-se como um requisito imprescindível para a eficácia clínica, a qual pode ser promovida pelo Coaching Psicológico.

Palavras chave: inteligência emocional; eficácia clínica; padrões de prática em enfermagem.

ABSTRACT

For the development of clinical effectiveness, nurses need to know the most robust empirical evidence, develop self-knowledge and self-confidence skills, which allow them to make safe decisions, according to the regulation approved by the Order of Nurses (OE) of Competencies Common Nurse Specialist. The objective was to identify the level of clinical efficacy and “intrapersonal” skills of nurses and to identify possible relationships between these dimensions and socio-professional factors. A cross-sectional, descriptive and correlational study was carried out in a sample of 573 nurses. As an instrument of data collection, an online questionnaire with three parts was used: socio-professional issues; Trait Meta-Mood Scale; and, Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice Questionnaire. The results show good levels in the six dimensions under study, with the exception of the dimension “Practices. Statistically significant differences were found in several of the dimensions when related to sex, years of service and title awarded by the OE, as well as having or not attended training in emotional intelligence (IE). We found evidence that there is a positive correlation between emotional competences and clinical effectiveness, and the international literature highlights the need for training in IE in order to better care. Understanding and managing emotions is a fundamental competence in the exercise of the nursing profession, constituting an essential requirement for clinical effectiveness, which can be promoted by Psychological Coaching.

Keywords: emotional intelligence; clinical efficacy; nurse's practice patterns.

RESUMEN

Para el desarrollo de la efectividad clínica, las enfermeras necesitan conocer la evidencia empírica más robusta, desarrollar habilidades de autoconocimiento y autoconfianza, que les permitan tomar decisiones seguras, de acuerdo a la normativa aprobada por la Orden de Enfermeras (OE) de Competencias. Enfermera especialista común. El objetivo fue identificar el nivel de eficacia clínica y habilidades “intrapersonales” del enfermero e identificar posibles relaciones entre estas dimensiones y factores socio profesionales. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional en una muestra de 573 enfermeros. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario en línea con tres partes: aspectos socio profesionales; Escala de rasgos meta-estado de ánimo; y Cuestionario de eficacia clínica y práctica basada en la evidencia. Los resultados muestran buenos niveles en las seis dimensiones en estudio, con excepción de la dimensión “Prácticas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias de las dimensiones en cuanto a sexo, años de servicio y título otorgado por la EO, así como haber cursado o no formación en inteligencia emocional (EI). Encontramos evidencia de que existe una correlación positiva entre las competencias emocionales y la efectividad clínica, y la literatura internacional destaca la

necesidad de formación en EI para una mejor atención. La comprensión y el manejo de las emociones es una competencia fundamental en el ejercicio de la profesión de enfermería, constituyendo un requisito imprescindible para la efectividad clínica, que puede ser promovida por el Coaching Psicológico.

Palabras-clave: inteligencia emocional, eficacia clínica; pautas de la práctica en enfermería.

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem implica adaptação a contextos de imprevisibilidade, para dar respostas às necessidades dos indivíduos e das comunidades. Em Portugal, emerge a Ordem dos Enfermeiros (OE), em 1998, a qual reflete o reconhecimento formal, por parte do Estado, de que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica de grande destaque no funcionamento dos serviços de saúde, sendo, na atualidade, o garante da acessibilidade da população a cuidados de saúde. Como mencionado pela OE “Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

No regulamento aprovado pela OE sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), identificam-se como domínios de competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O foco deste trabalho empírico incide precisamente nas competências do domínio Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ou seja, nas seguintes:

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica. Para cada uma destas competências, são estabelecidos como descritivos respetivamente: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4759).

Para o desenvolvimento da eficácia clínica, os enfermeiros necessitam conhecer as evidências empíricas mais robustas, desenvolver competências de autoconhecimento e autoconfiança, que lhes permitem a tomada de decisões seguras.

Para o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, é necessário analisar refletidamente o mapa das competências emocionais: a capacidade de identificar, avaliar e expressar emoções com precisão; a capacidade de perceber e / ou gerir sentimentos que facilitam o pensamento; a capacidade de compreender emoções e consciência emocional; e a capacidade de regular as emoções promovendo o crescimento emocional e intelectual”, o que nos remete para o construto de Inteligência Emocional (IE) Percebida, a qual se refere às capacidades “intrapessoais” dos enfermeiros, agregando os fatores: “Atenção”, saber reconhecer as próprias emoções; “Clareza”, na percepção das próprias emoções; e “Reparação” dos estados emocionais, gestão dos sentimentos. A inteligência emocional do enfermeiro apresenta-se, como uma ferramenta essencial para a prática dos cuidados. Evidencia correlação com a eficácia clínica, gestão de conflitos e stress, bem-estar e comprometimento organizacional. Atendendo a esta correlação, torna-se fulcral, evidenciar o valor das competências emocionais e eficácia clínica na prática de enfermagem. É igualmente oportuno avaliar atitudes, barreiras, conhecimentos, competências e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE).

Afirmam Craig e Smyth, que “os enfermeiros, são o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde, e têm estado na vanguarda ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica” (Craig & Smyth, 2004, p. XIV)

A prática de enfermagem é, desde Florence Nigthingale, sustentada por princípios científicos e humanísticos, centrados no cuidado à pessoa. Foram surgindo modelos teóricos e conceptuais de enfermagem, muito interrelacionados e que perspetivam a natureza/essência dos cuidados de enfermagem. Ilustramos alguns modelos focados do cuidado humano, os quais destacam as competências emocionais que o enfermeiro deve desenvolver para a eficácia clínica. Na década de 80 emergem teorias de enfermagem focadas no Cuidar, passamos a citar Madeleine Leininger (1984, 1991), com a Teoria da Diversidade e dos Cuidados Transculturais e Jean Watson (1979), com a Teoria do Cuidado Humano. Estas autoras, conceptualizam a enfermagem como uma ciência relacional, experiencial e transpessoal e o Cuidar a essência da enfermagem. Watson (1979) afirma que o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade, o que requer uma elevada consideração e respeito pela pessoa e pela vida humana, pela autonomia e liberdade de escolha. Nesta perspetiva humanista, a enfermagem pode ser definida como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana - experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar pessoal, científico, estético e ético.. Meleis (1998), refere que as relações de cuidados que os enfermeiros e os utentes desenvolvem, integram as experiências que o enfermeiro tem com a pessoa, incluindo comunicação não verbal, o que requerem competências que se podem manifestar através das emoções, empatia e dedicação.

Neste enquadramento, fica plasmada a necessidade de os enfermeiros desenvolverem ao longo da sua formação e da sua prática clínica competências emocionais. Temos como referência o modelo original de Peter Salovey e John Mayer, no estudo conjunto das relações entre emoção e inteligência. A IE, conforme concebida por Mayer e Salovey (1997), é composta por um conjunto de competências emocionais que formam um continuum que vai desde o nível mais básico, que desempenha funções fisiológicas fundamentais como percepção e atenção aos nossos estados fisiológicos ou expressivos, para outros de maior complexidade cognitiva que buscam uma gestão pessoal e interpessoal (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000). As quatro competências emocionais de complexidade ascendente elencadas por estes autores são: “a capacidade de identificar, avaliar e expressar emoções com precisão; a capacidade de perceber e / ou gerir sentimentos que facilitam o pensamento; a capacidade de compreender emoções e consciência emocional; e a capacidade de regular as emoções promovendo o crescimento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997, p. 5). A este propósito, Goleman moldou e ajustou a definição científica de Inteligência Emocional, baseada em Salovey e Mayer (1990), considerados os pais genuínos desta definição. Daniel Goleman publicou o seu livro, o qual se tornou um clássico intitulado *Emotional Intelligence* (Goleman, 1995), no qual redefiniu o conceito na sua primeira formulação associando-o ao "carater" da pessoa, e numa segunda abordagem concebendo-o como um conjunto de competências socioemocionais relacionadas com o sucesso no local de trabalho (Goleman, 1998). Em menos de uma década o conceito de IE, tornou-se quase viral, muito popular, associando-se o mesmo à psicologia positiva e desviando-se do conceito concebido por Salovey e Mayer em 1990. Tornando-se num “guarda chuva” que abrigava características pessoais positivas que não pertenciam ao QI, sendo fácil encontrar nas suas definições aspectos relacionados à personalidade, motivações, habilidades sociais, atitudes, etc. (Mayer et al., 2000).

No Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey (1997), os autores estabelecem uma hierarquia para as competências que integram a IE. Na base da pirâmide está a percepção emocional, esta competência emocional consiste na capacidade de identificar e reconhecer os seus próprios sentimentos e dos outros. Envolve prestar atenção e decodificar com precisão as pistas emocionais da expressão facial, movimentos corporais e o tom de voz. Esta competência refere-se ao grau em que os indivíduos podem identificar convenientemente as suas próprias emoções, bem como os estados fisiológicos e cognitivos e as sensações que eles acarretam. Esta competência resulta portanto, na capacidade de discriminar com precisão as emoções do próprio e do outro. A facilitação ou assimilação emocional, envolve a competência de ter em consideração as emoções e raciocinar ou resolver problemas. Esta competência prioriza a atenção às emoções, como estas afetam o sistema cognitivo e como os nossos estados afetivos ajudam na tomada de decisões. Esta competência sugere que as

nossas emoções agem positivamente no nosso raciocínio e na nossa forma de processar as informações. A Compreensão emocional, integra a competência de classificar as emoções e reconhecer em quais categorias os sentimentos são agrupados. Envolve atividades antecipatórias e retrospectivas para conhecer as causas geradoras do humor e as consequências futuras de nossas ações. A compreensão emocional envolve saber como os diferentes estados emocionais se combinam, dando origem às emoções secundárias conhecidas (ou seja, o ciúme pode ser considerado uma combinação de admiração e amor por alguém, juntamente com um toque de ansiedade por medo de perdê-lo devido a outra pessoa). Por outro lado, inclui a capacidade de interpretar o significado de emoções complexas, por exemplo, aquelas geradas durante uma situação interpessoal (ou seja, o remorso que surge após um sentimento de culpa e tristeza por algo dito a um parceiro, de que você se arrepende agora). Esta competência integra a capacidade de reconhecer as transições de alguns estados emocionais para outros (ou seja, a surpresa por algo inesperado e desagradável, a raiva subsequente e sua expressão e, finalmente, o sentimento de culpa devido a esta manifestação de raiva excessiva) e a aparência de sentimentos simultâneos e contraditórios (ou seja, sentimentos de amor e ódio pela mesma pessoa). E a Regulação emocional, competência mais complexa de IE, inclui a capacidade de estar aberto às emoções, tanto positivas como negativas, e refletir sobre elas para descartar ou aproveitar as informações que as acompanham de acordo com a sua utilidade. Inclui também, a capacidade de regular as próprias emoções e as dos outros, moderando as emoções negativas e intensificando as positivas. Abrange, assim, a gestão do nosso mundo intrapessoal e também interpessoal, ou seja, a capacidade de regular as emoções dos outros, colocando em prática várias estratégias de regulação emocional que modificam tanto as nossas emoções como as dos outros. Esta competência alcançaria os processos emocionais de maior complexidade, ou seja, “a regulação consciente das emoções para alcançar o crescimento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997, p. 5). Tendo por base este modelo, os autores construíram o MSCEI “Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test”, muito utilizado, porém extenso. Mede as 4 competências que integram o modelo: a) perceber as emoções de forma eficaz, b) utilizar as emoções para facilitar o pensamento, c) compreender as emoções e, d) gerir as emoções (Mayer & Salovey, 1997). A inteligência emocional percebida, é definida pelos autores como a competência individual para entender, clarificar e regular emoções. É também entendida como uma competência individual para reparar os estados emocionais negativos e manter os positivos.

O nosso estudo baseou-se na inteligência emocional percebida, ou seja nas capacidades “intrapessoais” (Atenção; Clareza e Reparação) dos enfermeiros, capacidades estas que encontram correspondência nos critérios de avaliação propostos pela OE (2019):

Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; Consciencializa a influência pessoal na relação profissional; Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção; Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; Atua eficazmente sob pressão; Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade e Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos (p. 4749). A inteligência emocional constitui-se assim, como um conjunto de competências que nos permite perceber, compreender e regular as nossas emoções. O ideal é ter capacidade emocional pessoal e social. Todas as pessoas têm estas capacidades em maior ou menor grau, e todos podemos aprender a desenvolvê-las, desde que utilizemos os meios formativos ou clínicos apropriados para tal.

METODOLOGIA

O presente estudo é quantitativo, descritivo e correlacional e transversal em termos temporais, efetuado numa amostra de 573 enfermeiros, conforme apresentado na .

Tabela 1 - Caraterização Socioprofissional da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	60	10.5%
	Feminino	513	89.5%
	Total	573	100.0%
Tempo de exercício profissional	<1 ano	13	2.3%
	1 a 3 anos	33	5.8%
	3 a 5 anos	23	4.0%
	5 a 10 anos	69	12.0%
	>10 anos	435	75.9%
Título profissional atribuído pela OE	Enfermeiro	262	45.7%
	Enfermeiro Especialista	311	54.3%
Já fez alguma formação na área da IE	Sim	318	55.5%
	Não	255	44.5%

Definiram-se como objetivos específicos:

1. Identificar o nível de eficácia clínica e competências “intrapessoais” dos enfermeiros;

2. Identificar eventuais relações entre as dimensões em estudo e os fatores socioprofissionais.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário online constituído por três partes:

- i. Questões socioprofissionais;
- ii. Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), de Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós (2005) um dos instrumentos mais utilizados na população portuguesa para avaliar os níveis de inteligência emocional intrapessoal, mediante autorrelato, medindo três dimensões: Atenção, Clareza e Reparação, através de 24 itens que são respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, sendo que a pontuação por dimensão é a soma das pontuações dos oito itens que a compõem, variando, dessa forma, entre 8 e 40 pontos;
- iii. Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE), Versão Original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira et al. (2015) medindo três dimensões: Competências, Práticas e Atitudes, um questionário de autorrelato composto por vinte itens, respondidos numa escala de Likert de sete pontos, sendo que a pontuação de cada dimensão é obtida através da média das pontuações de cada item que a compõem.

Formularam-se ainda as seguintes hipóteses de investigação:

- HI1: Existem diferenças no nível de inteligência emocional intrapessoal de acordo com as variáveis socioprofissionais: sexo, anos de experiência e título de especialização atribuído pela OE;
- HI2: Existem diferenças no nível de prática baseada em evidências de acordo com as variáveis socioprofissionais: sexo, anos de experiência e título de especialização atribuído pela OE;
- HI3: Existem diferenças no nível de inteligência emocional intrapessoal de acordo com o ter feito formação na área da inteligência emocional / desenvolvimento pessoal;
- HI4: Existem diferenças no nível de prática baseada em evidências de acordo com o ter feito formação na área da inteligência emocional / desenvolvimento pessoal.

Procedeu-se à verificação da normalidade da distribuição dos dados, de forma a definir os testes estatísticos a aplicar, seguindo as mais recentes práticas neste campo (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Sawilowsky, 2005; Treister et al., 2016), concluindo-se que os testes a aplicar para a verificação das hipóteses de investigação deviam ser não-paramétricos.

Assim, para dar resposta à primeira hipótese de investigação: Existem diferenças no nível de inteligência emocional intrapessoal de acordo com as variáveis socioprofissionais: sexo, anos de experiência e título de especialização atribuído pela OE, aplicaram-se os testes de Mann-Whitney para as variáveis socioprofissionais “sexo” e “título de especialização atribuído pela

OE”, já que estas variáveis só têm dois grupos cada, e testes de Kruskal-Wallis para a variável socioprofissional “anos de experiência”, com cinco grupos. Neste último caso, sempre que existiam diferenças estatisticamente significativas, foram efetuados testes de Mann-Whitney emparelhados.

Durante todo o estudo foram observados todos os pressupostos éticos da Declaração de Helsínquia foram assegurados (World Medical Association, 2013).

RESULTADOS

Para responder ao primeiro objetivo específico: Identificar o nível de eficácia clínica e competências “intrapessoais” dos enfermeiros, procedeu-se ao cálculo das pontuações mínima, máxima, média e respetivo desvio padrão, para as seis dimensões em estudo, apresentando-se os resultados na Tabela 2.

Tabela 2 - Pontuações mínimas, máximas, médias e desvios padrão

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Competências	1	7	5.13	.907	573
Práticas	1	6	3.91	1.010	573
Atitudes	1	7	6.04	.834	573
Atenção	8	40	29.77	6.727	573
Clareza	8	40	28.68	6.559	573
Reparação	8	40	30.25	7.132	573

Conforme se pode observar na Tabela 2, as pontuações médias situam-se, com exceção da dimensão “Práticas”, acima das suas médias teóricas que para as primeiras três dimensões apresentadas se situam em “4” e para as últimas três dimensões apresentadas em “24”.

Para responder ao segundo objetivo específico: Identificar eventuais relações entre as dimensões em estudo e os fatores socioprofissionais, e as hipóteses de investigação que dele derivam, procedeu-se à análise inferencial, conforme descrito na Contextualização Metodológica.

Apresentam-se na Tabela 3 os resultados dos testes de Mann-Whitney que respondem às primeiras duas hipóteses de investigação, podendo-se observar que somente para dimensão “Atitudes” da PBE existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($p < .05$), sendo as respondentes do sexo feminino a mostrar melhor desempenho nesta dimensão.

Tabela 3 - Resultados dos testes de Mann-Whitney por sexo

Sexo	n	Posto Médio	p
------	---	-------------	---

Competências	Masculino	60	306.98	.323
	Feminino	513	284.66	
Práticas	Masculino	60	299.78	.527
	Feminino	513	285.50	
Atitudes	Masculino	60	238.13	.015
	Feminino	513	292.72	
Atenção	Masculino	60	260.78	.194
	Feminino	513	290.07	
Clareza	Masculino	60	290.78	.852
	Feminino	513	286.56	
Reparação	Masculino	60	293.66	.741
	Feminino	513	286.22	

Continuando com as primeiras duas hipóteses de investigação, mas desta feita para avaliar a eventual diferença de pontuações entre os enfermeiros e enfermeiros especialistas, procedeu-se, novamente, a testes de Mann-Whitney, apresentando os resultados na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados dos testes de Mann-Whitney por título atribuído pela OE

	Título OE	n	Posto	
			Médio	<i>p</i>
Competências	Enfermeiro	262	253.98	<.001
	Enfermeiro	311	314.82	
	Especialista			
Práticas	Enfermeiro	262	264.75	.003
	Enfermeiro	311	305.74	
	Especialista			
Atitudes	Enfermeiro	262	258.20	<.001
	Enfermeiro	311	311.26	
	Especialista			
Atenção	Enfermeiro	262	268.58	.014
	Enfermeiro	311	302.52	
	Especialista			
Clareza	Enfermeiro	262	262.11	.001
	Enfermeiro	311	307.97	
	Especialista			

	Enfermeiro	262	271.73	
Reparação	Enfermeiro	311	299.86	.042
	Especialista			

Pode-se observar pelos dados apresentados na Tabela 4 que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) em todas as dimensões em estudo, sendo os enfermeiros especialistas aqueles que melhores pontuações apresentam em todas elas.

A terceira variável independente incluída nas primeiras duas hipóteses de investigação, os anos de serviço, uma vez que tem mais de dois grupos, levou aos testes de Kruskal-Wallis que indicarem existirem somente diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre grupos para a dimensão “Clareza”, da TMMS-24. Procedeu-se de seguida aos testes de Mann-Whitney emparelhados, sendo os resultados apresentados na Tabela 5, mostrando-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros: com menos de um ano de serviço e os enfermeiros com entre 5 a 10 anos de serviço, sendo estes últimos a obter pontuações superiores; os enfermeiros com entre 1 a 3 anos de serviço e os enfermeiros com mais de 10 anos de serviço, sendo estes últimos a obter pontuações superiores; e, os enfermeiros com entre 1 a 3 anos de serviço e os enfermeiros com entre 5 a 10 anos de serviço, sendo estes últimos a obter pontuações superiores.

Tabela 5 - Resultados dos testes de Mann-Whitney emparelhados por anos de serviço

		Posto		
	Anos de Serviço	n	Médio	p
Clareza	< 1 ano	13	203.04	.036
	5 a 10 anos	69	307.99	
	1 a 3 anos	33	219.36	.014
	> 10 anos	435	292.68	
	1 a 3 anos	33	219.36	.011
	5 a 10 anos	69	307.99	

Para testar as hipóteses de investigação 3 e 4, procedeu-se aos testes de Mann-Whitney, cujos resultados são apresentados na Tabela 6, demonstrando que existem diferenças estatisticamente significativas entre quem já fez formação na área da inteligência emocional / desenvolvimento pessoal e quem não fez essa formação, para todas as dimensões, com exceção da dimensão “Clareza”.

Tabela 6 - Resultados dos testes de Mann-Whitney por “Já fez alguma formação na área da IE”

	Já fez alguma formação na área da IE	n	Posto Médio	<i>p</i>
Competências	Sim	318	311.92	<.001
	Não	255	255.93	
Práticas	Sim	318	307.92	.001
	Não	255	260.91	
Atitudes	Sim	318	305.25	.003
	Não	255	264.25	
Atenção	Sim	318	304.06	.006
	Não	255	265.73	
Clareza	Sim	318	294.89	.202
	Não	255	277.17	
Reparação	Sim	318	303.41	.008
	Não	255	266.54	

Conforme os dados apresentados na Tabela 6, são os respondentes que já frequentaram formação na área da inteligência emocional / desenvolvimento pessoal a pontuarem melhor. Pelas várias evidências apresentadas, pode-se concluir que os níveis I de eficácia clínica e competências “intrapessoais” dos enfermeiros encontram-se acima das suas médias teóricas, com exceção da dimensão “Práticas” e que existem relações entre as dimensões em estudo e os fatores socioprofissionais. Conseguiu-se igualmente provar as várias hipóteses de investigação, sendo as diferenças estatisticamente significativas mais relevantes para as variáveis independentes “Título atribuído pela OE”; “Anos de Serviço”; e, “Já fez formação na área da inteligência emocional / desenvolvimento pessoal”.

DISCUSSÃO

Os resultados no presente estudo vão ao encontro de vários estudos internacionais que evidenciam a importância de formação em Inteligência Emocional para melhor cuidar, tomar melhores decisões clínicas, aumentar o bem-estar dos enfermeiros e pacientes, bem como aumentar o engajamento dos enfermeiros (Bulmer Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009; Landa & López-Zafra, 2012; McQueen, 2004).

Vários outros estudos, incluindo um de Beauvais, Brady, O’Shea e Griffin (2011), evidenciam esta relação entre a inteligência emocional e desempenho de enfermagem, recomendando os autores que a formação em inteligência emocional deve ser considerada para inclusão nos

currículos dos cursos de enfermagem, sendo importante reter que as competências em inteligência emocional não serão assimiladas pela mera apresentação da matéria, tendo que haver uma promoção da autoconsciência e novos comportamentos devem ser praticados até serem dominados e utilizados regularmente (Beauvais et al., 2011). A inclusão da formação em inteligência emocional é viável e barata e não obriga a grandes revisões do currículo, podendo o tópico da inteligência emocional ser incluído como um componente básico do curso de enfermagem.

CONCLUSÕES

Encontrámos evidências que existe uma relação positiva entre as competências emocionais e a eficácia clínica, sendo que a literatura internacional evidencia a necessidade de haver formação em IE de forma a melhor cuidar. Entender e gerir as emoções, é uma competência fundamental no exercício da profissão de enfermagem, constituindo-se como um requisito imprescindível para a eficácia clínica, a qual pode ser promovida pelo *Coaching* Psicológico.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Evidencia-se a necessidade de os enfermeiros desenvolverem ao longo da sua formação e da sua prática clínica competências emocionais.

Torna-se imperativo analisar onde os currículos formativos, podem ser adaptados de forma a destacar o desenvolvimento de competências na área da inteligência emocional. Conforme apontado por Brackett et al. (2009), qualquer programa de aprendizagem socioemocional deve: (i) ensinar como aplicar as competências na prática; (ii) proporcionar ambientes de aprendizagem afetuosos e atrativos; e, (iii) incluir avaliações sistemáticas e protocolos para melhorar e atualizar osas competências.

Os resultados deste estudo permitem-nos afirmar que qualquer programa de aprendizagem socio-emocional deverá ser treinado, com recurso ao *coaching* educativo ou ao *Design Thinking* em contexto de ensino aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. Q. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*, 31(4), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.013>
- Brackett, M. A., Patti, J., Stern, R., Rivers, S., Elbertson, N. A., Chisholm, C., & Salovey, P. (2009). A sustainable skill based model to building emotionally literate schools. In *The handbook for developing emotional and social intelligence: Best practices, case studies, and strategies*.

- Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1624–1636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *The Evidence-Based Practice manual for nurses*. Londo: Churchill Livingstone - Elsevier.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 76(6), 93–102. <https://doi.org/10.4135/9781446213704.n9>
- Landa, J. M. A., & López-Zafra, E. (2012). The impact of emotional intelligence on nursing: An overview. *Perspectives in Psychology Research*, 2010(April), 127–147. <https://doi.org/10.4236/psych.2010.11008>
- Leininger, M. M. (1984). *Reference sources for transcultural health & nursing: For teaching, curriculum, research, and clinical-field practice*. New York: Slack, Inc.
- Leininger, M. M. (1991). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152–160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In *Emotional development and emotional intelligence: Implications for Educators* (pp. 3–31). <https://doi.org/10.1177/1066480710387486>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. *Handbook of Intelligence*, pp. 396–420. <https://doi.org/10.1080/14766080903069364>
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x>
- Meleis, A. I. (1998). ReVisions in knowledge development: a passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(1), 5–19.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n° 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , N.º 26 Diário da República, 2.ª série § (2019).
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sawilowsky, S. S. (2005). Misconceptions Leading to Choosing the t Test Over the Wilcoxon Mann-Whitney Test for Shift in Location Parameter. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 4(2), 598–600. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1130804700>
- Treister, R., Nielsen, C. S., Stubhaug, A., Farrar, J. T., Pud, D., Sawilowsky, S. S., & Oaklander, A. L. (2016). Response to the Letter to the Editor: Experimental Comparison of

Parametric Versus Nonparametric Analyses of Data from the Cold Pressor Test. *Journal of Pain*, 17(1), 128–129. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.10.004>

Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. *Nursing Administration Quarterly*, 3(4), 86–87.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (Vol. 310, pp. 2191–2194). Vol. 310, pp. 2191–2194.

World Medical Association. <https://doi.org/10.3917/jib.151.0124>

Estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico: níveis de stress, ansiedade e depressão

Mariana Rodrigues*, **Ana Galvão****, **Maria José Gomes *****, & **Fernando Pereira******,

* Enfermeira, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal.

** Doutora; Psicóloga; Professora Coordenadora Principal, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal. anagalvao@ipb.pt, IUCISA: E

*** Doutora; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal. mgomes@ipb.pt, IUCISA: E

**** Doutor, Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Bragança, Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal, fpereira@iipb.pt, CIIE

RESUMO

As experiências práticas de ensino clínico e estágio de integração à vida profissional dos estudantes de enfermagem, estão associadas a elevados níveis de ansiedade, stress e depressão, estando a prevalência desta sintomatologia ligada ao sofrimento psíquico e consequentemente à baixa saúde mental positiva. Objetivou-se quantificar o nível de ansiedade, depressão e stress nos estudantes de enfermagem em contextos de ensino clínico e conhecer quais os fatores que potenciam estes estados. Utilizou-se um questionário online composto por: questões sociodemográficas; Questionário KEZKAK: instrumento de medida dos fatores de stress dos estudantes de enfermagem na prática clínica; e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens. Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, correlacional e transversal numa amostra de 395 estudantes de enfermagem de várias escolas de saúde/enfermagem do país. Os resultados evidenciam que os fatores “Falta de competência”, “Impotência/incerteza” e o “Ser magoado na relação com o doente” são os maiores potenciadores de stress. Na EADS-21, os estudantes apresentam níveis mais elevados de ansiedade, comparativamente à depressão e ao stress. As estudantes do sexo feminino apresentam níveis de stress significativamente mais elevados. Os estudantes de enfermagem necessitam desenvolver e adquirir competências sócio emocionais promotoras da sua saúde mental positiva desde o primeiro ano do curso, que lhes permitam lidar de forma adaptativa com os desafios ao longo dos diversos contextos de ensinamentos clínicos. Sugerimos o desenvolvimento de intervenções direcionadas ao estímulo de fatores de proteção, estratégias de regulação emocional, prática de atividades físicas, de lazer, hábitos alimentares e higiene do sono.

Palavras chave: estudantes de enfermagem; ensino clínico; stress; ansiedade; depressão

ABSTRACT

According to several studies, clinical practice is related to high levels of anxiety, depression and stress in nursing students. This study aimed to quantify the level of anxiety, depression and stress in nursing students in clinical practice and to know the factors that potentiate these states. Was used an online questionnaire consisting of three parts: sociodemographic questions; the KEZKAK Questionnaire: instrument to measure stress factors of nursing students in the clinic; and 21-item depression, anxiety and stress scales. It carried out a quantitative, observational, correlational and cross-sectional study in a sample of 395 nursing students from 2nd year to 4th year from several health / nursing schools in the country. According to the KEZKAK Questionnaire, it concluded that factor 1 "Lack of competence", factor 4 "Impotence/uncertainty" and factor 6 "Being affected by the relationship with the patient" are the greatest stressors in students. According to the responses to EADS-21, students have higher levels of anxiety, compared to the other two variables. After applying the Mann-Whitney test, we concluded that female students have higher stress levels than male students. After this study we can conclude that there's a need to implement strategies during clinical practice aiming at increasing the coping mechanisms and the necessity to encourage the acquisition of skills so that nursing students progressively manage to deal healthily with the different affective-emotional states since the first clinical teaching.

Key words: nursing students, clinical education; depression; stress, anxiety; depression

RESUMEN

Las experiencias prácticas de la docencia clínica y la etapa de integración a la vida profesional de los estudiantes de enfermería se asocian a altos niveles de ansiedad, estrés y depresión, estando la prevalencia de este síntoma vinculada al sufrimiento psicológico y consecuentemente a la baja salud mental positiva. Objetivos: cuantificar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de enfermería en contextos de docencia clínica y conocer qué factores potencian estos estados. Se utilizó un cuestionario en línea, compuesto por: preguntas sociodemográficas; Cuestionario KEZKAK: instrumento para medir factores de estrés de estudiantes de enfermería en la práctica clínica; y la escala de ansiedad, depresión y estrés de 21 ítems. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, correlacional y transversal en una muestra de 395 estudiantes de enfermería de diversas facultades de salud / enfermería del país. Los resultados muestran que los factores "Falta de competencia", "Impotencia / incertidumbre" y "Ser herido en la relación con el paciente" son los mayores estresores. En EADS-21, los estudiantes tienen niveles más altos de ansiedad en

comparación con la depresión y el estrés. Las estudiantes mujeres tienen niveles de estrés significativamente más altos. Los estudiantes de enfermería necesitan desarrollar y adquirir habilidades socioemocionales que favorezcan su salud mental positiva desde el primer año del curso, lo que les permitirá afrontar de forma adaptativa los retos a lo largo de los diferentes contextos de docencia clínica. Sugerimos el desarrollo de intervenciones dirigidas a estimular factores protectores, estrategias de regulación emocional, actividad física, ocio, hábitos alimentarios e higiene del sueño.

Palabras clave: estudiantes de enfermería; enseñanza clínica; estrés; ansiedad; depresión

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem tem-se norteado desde Florence Nightingale, por bases científicas e humanistas que impulsionaram o seu desenvolvimento centrado no cuidado à pessoa. A prática dos cuidados de enfermagem, foi influenciada pelas teorias de enfermagem e modelos conceituais emergentes.

Dos diversos paradigmas emergentes sobre as teorizações da enfermagem, surge na década de 80 um novo conceito no desenvolvimento da conceptualização da disciplina de Enfermagem: cuidar e teorias do cuidar, das quais destacamos Jean Watson, autora da Teoria do Cuidado Humano. Neste modelo, a Enfermagem é percebida como uma ciência humanista, de relação de ajuda, o Cuidar, é considerado, como a essência da enfermagem e a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem. Evidenciamos este modelo por nos parecer o mais abrangente e holístico no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e também por ser transversal na prática clínica dos estudantes de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são baseados em evidências científicas e aprendidos através do contato direto do estudante com o doente em diversos contextos. Neste sentido, o estágio ou o ensino clínico apresentam-se como contextos integrantes dos currículos na formação do enfermeiro.

As Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, referem-se aos domínios da Prática Profissional, Ética e Legal; da Prestação e Gestão de Cuidados e do Desenvolvimento Profissional. No final do estágio de integração à vida profissional, o estudante deverá estar e sentir-se preparado para o exercício da sua atividade profissional, o que implica, a aquisição de uma sólida formação em termos científicos, tecnológicos, éticos e deontológicos, capaz de promover a continuidade do desenvolvimento de competências que permitam ao futuro enfermeiro atuar nos contextos reais de prestação de cuidados caracterizados pela emergência de novas doenças, pelo envelhecimento da população, pelo desenvolvimento científico-tecnológico, pela instabilidade das políticas de gestão e, sobretudo, por um nível elevado de compaixão e empatia, que integram o processo de cuidar.

Encontramos na definição de Cuidados de Enfermagem, proposta pela Ordem dos Enfermeiros (2015) a complexidade e abrangência que caracteriza este construto: “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”

A complexidade da profissão de enfermagem, exige que a formação dos seus profissionais seja suportada por ciências afins, biomédicas, psicológicas e sociais, que preparem o estudante para agir em contextos imprevisíveis e complexos de prática clínica, sendo imperativo uma constante análise reflexiva sobre as práticas e a construção do pensamento crítico. Esta realidade sobre as exigências dos cuidados de Enfermagem começa a ser assimilada no momento em que os estudantes observam a prática clínica e a conectam com o conhecimento teórico (Karaca, Yildirim, Ankarali, Açikgöz & Akkuş, 2017).

O ensino clínico e o estágio de integração à vida profissional, constituem-se como momentos de formação e aprendizagem, em que o estudante assimila conhecimentos de enfermagem, que não são passíveis de serem transmitidos apenas de forma teórica, carecendo sempre de vivências na prática clínica para serem compreendidos e integrados na sua totalidade e que estão estreitamente relacionados com os conhecimentos subjacentes à prática profissional (Carper, 1978; Chinn & Krammer, 1991, 1999).

Encontramos narrativas sobre as vivências dos estudantes de enfermagem, no ensino clínico e no estágio de integração à vida profissional, descrevendo este período da aprendizagem como o cerne da sua formação e da construção da sua identidade profissional. Os estudantes consideram o contexto de estágio como complexo e desafiante, destacando a relação com o ser humano, saudável ou doente, bem como a confrontação com uma realidade muito exigente, sendo imperativo o desenvolvimento de competências sócio emocionais. O ensino clínico na formação em enfermagem é o contexto privilegiado de formação onde o estudante aplica e adquire novos saberes, que lhe conferem a capacidade de construir o nível de profissionalismo, que não se ensina, mas que se adquire. Podemos assim considerar que há, no ensino clínico, uma dimensão importante de socialização à profissão, associada ao desenvolvimento de competências no que se refere nomeadamente ao trabalho em equipa, à organização individual do trabalho, à compreensão das dinâmicas dos serviços, ao estabelecimento de relações interpessoais (entre pares, entre a equipa multidisciplinar e com os utentes), à gestão de sentimentos (medo, ansiedade, angústia, insegurança e regulação emocional, à comunicação, à tomada de decisão individual ou em grupo perante situações

novas, à partilha de saberes e de responsabilidades em consonância com o seu papel de estudante em contexto de ensino clínico ou estágio. Compreende que não é um mero observador, mas sim um elemento que integra a equipa; percebe a necessidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na componente teórica face a cada situação, estabelecendo prioridades, planeando intervenções e atribuindo significado a cada vivência.

Nas últimas décadas, observou-se que os estudantes de enfermagem, assim como os profissionais de enfermagem, também sofrem com altos níveis de stress (Turner & McCarthy, 2017). O stress também está presente nos enfermeiros recém formados, principalmente quando percecionam um baixo nível de suporte institucional, quando vivenciam a morte do primeiro paciente ou quando as experiências com médicos também são predominantemente negativas (ten Hoeve, Kunnen, Brouwer & Roodbol, 2018).

O estudante de enfermagem quando realiza os ensinamentos clínicos e o estágio de integração à vida profissional, pode percecionar uma dicotomia teoria/prática entre a enfermagem que se ensina, e a enfermagem que se pratica. Sobre esta dicotomia, Fernandes (2004) identificou uma discrepância entre a conceção dos cuidados que foi transmitida ao estudante e a conceção dos cuidados que se prestam em cada serviço: “Uma conceção (a teórica) voltada para o essencial da disciplina e numa perspectiva de autonomia e profissionalização; a outra conceção (a da prática) voltada para a produção, para a execução dos cuidados de enfermagem segundo prescrição médica”. Relativamente à aprendizagem em contexto de ensino clínico ou estágio, fatores como o cumprimento de horários, a supervisão dos professores ou orientadores, receio de errar ou a dificuldade em comunicar com os profissionais e a falta de clareza no papel desempenhado pelos estudantes são os principais aspetos referenciados pelos estudantes como fatores causadores de ansiedade e stress (Lourenço e Parreira, 2012). Situações que causam stresse aos estudantes são: não conseguirem ter controlo perante as situações impostas, relação/interação com o indivíduo hospitalizado, falta nas competências teóricas, relação com professor/coordenador e colegas, sobrecarga imposta pelo horário, impotência e incerteza. Martins et al. (2017).

Uma pesquisa realizada por Sheridan, Carragher, Carragher e Treacy (2019) enfocou especificamente o stress em estudantes de enfermagem que trabalham com adultos mais velhos, identificando a relação entre estudante de enfermagem e supervisor como um importante stressor.

Todas estas exigências são estímulos causadores de elevados níveis de stress e de ansiedade, podendo culminar em quadros depressivos. O receio, o sentimento de impotência para agir, os constrangimentos inerentes à sua inexperiência aumentam a sua insegurança, a ansiedade provocada pelo desconhecimento da realidade e por práticas avaliativas, pode culminar em alterações psicossomáticas comprometendo a saúde mental positiva dos estagiários. A dinâmica e a complexidade de cada contexto colocam o estagiário perante

situações novas, que exigem o desenvolvimento de estratégias adaptativas. Quando em comparação com outros cursos universitários, os estudantes de enfermagem estão mais sujeitos a fatores que desencadeiam ansiedade, stress e outras patologias relacionadas. Na perspetiva de Admi, Moshe-Eilon, Sharon e Mann, 2018 e Astrês Fernandes et al., 2018 alguns fatores desencadeantes são: a experiência da prática clínica, relacionar-se com os pacientes, sofrimento psíquico e o medo de cometer erros. Afirmam as evidências que os alunos sofrem de stresse na prática clínica em graus variados (Grobecke, 2016; Joolae et al., 2015). A experiência de stress depende de vários fatores, incluindo relacionamentos com a equipe de trabalho, pacientes e família. Além disso, os alunos com maior inteligência emocional lidam melhor com o stress.

METODOLOGIA

Colocou-se como questão de investigação: “Quais os níveis de ansiedade, stress e depressão nos alunos de enfermagem em contexto de ensino clínico, e quais os fatores que potenciam esses estados?”. Tendo como ponto de partida essa questão, definiram-se como objetivos:

- Conhecer quais os fatores que potenciam a ansiedade, stress e depressão dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico;
- Quantificar o nível de ansiedade, stress e depressão nos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico;

Foi feita uma abordagem metodológica do tipo quantitativo, observacional e correlacional. Tipo de amostragem por conveniência. O questionário, ao qual responderam 395 estudantes de 2º ao 4º ano, foi disponibilizado através da plataforma Google Forms, partilhado nas redes sociais e com as várias escolas de saúde e enfermagem de Portugal Continental e Arquipélagos. Foi assegurado o consentimento informado e o anonimato. É constituído por três partes, uma de caracterização ao nível sociodemográfica, outra pela versão portuguesa do Questionário KEZKAK – instrumentos de medida dos fatores de stress dos estudantes de enfermagem na prática clínica e, uma última, constituída pela versão portuguesa da DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), a EADS-21 (Ribeiro et al., 2004). Para a análise do Questionário KEZKAK, foram utilizados os fatores criados por Barroso (2009), ou seja: fator 1, “Falta de Competência”; fator 2, “Contacto com o sofrimento”; fator 3, “Relação com o doente e sobrecarga de trabalho”; fator 4, “Impotência/ Incerteza”; fator 5, “Relação com professores/supervisores e colegas”; e, fator 6, “Ser magoado na relação com o doente”. Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa SPSS, versão 23.

Para verificar a normalidade dos dados, por forma a definir as técnicas estatísticas a aplicar, procedeu-se ao cálculo da normalidade através dos testes de Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012) e a heterogeneidade das variâncias, concluindo-se que as técnicas

estatísticas a utilizar deveriam ser não-paramétricas (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Moore et al., 2009; Thode, 2002), aplicando-se, dessa forma, testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, conforme estarem a ser comparados dois ou mais de dois grupos, respetivamente.

RESULTADOS

Participaram neste estudo 395 estudantes, 84,6% são do sexo feminino e 75,2% com idades até aos 23 anos. A maioria (47,8%) frequentava o 4º ano, 33,7% o 3º ano e 18,5% o 2ºano. Quando questionados acerca do serviço onde realizaram o último ensino clínico e/ou estágio de integração à vida profissional, 26,6% referiram Unidade de Cuidados de Saúde Primários, 13,9% serviços de medicina interna, 8,6% serviços de urgência e 6,3% serviços de cirurgia. Estavam deslocados das suas casas 45,3% dos estudantes.

Nas tabelas 1 apresenta-se o número e proporção de estudantes que sofrem de stress segundo a escala KEZKAK. Na tabela 2 apresenta-se o grau de severidade dos estados afetivo-emocionais dos inquiridos. Nas tabelas 3 e 4 apresentam-se os níveis de stress dos fatores e total do questionário KEZKAK e da EADS, respetivamente. A consciência interna dos fatores e da escala foi avaliada através do alfa de Cronbach, sendo que a escala KEZKAK total evidencia uma consistência interna elevada ($\alpha=0,943$) e todos os fatores têm uma elevada consistência interna, variando entre $\alpha=0,727$ e $\alpha=0,862$. A escala EADS-21 apresenta uma elevada consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,942 e na subescala da ansiedade obteve-se $\alpha=0,851$, na subescala da depressão $\alpha=0,892$ e na subescala do stress $\alpha=0,862$.

Tabela 1 - Número e proporção de estudantes com stress segundo a KEZKAK

	KEZKAKF 1		KEZKAKF 2		KEZKAKF 3		KEZKAKF 4		KEZKAKF 5		KEZKAKF 6		KEZKAKTotal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
s/ stress	52	13,2	156	39,5	35	8,9	178	45,1	321	81,3	28	7,1	57	14,4
c/ stress	343	86,8	239	60,5	360	91,1	217	54,9	74	18,7	367	92,9	338	85,6
Total	395	100,0	395	100,0	395	100,0	395	100,0	395	100,0	395	100,0	395	100,0

Tabela 2 - Grau de severidade dos estados afetivo-emocionais dos inquiridos

Subescala EADS	Depressão		Ansiedade		Stress	
	n	%	n	%	n	%
Normal	208	52,6	11	28,0	200	50,6
Suave	42	10,6	43	10,9	70	17,7
Moderado	70	17,7	102	25,8	65	16,4
Severo	32	8,1	43	10,9	42	10,6
Extremo	43	11,0	96	24,4	18	4,7

Tabela 3 - Níveis de stress dos fatores e total do questionário KEZKAK

Escala e fatores	KEZKAKF1	KEZKAKF2	KEZKAKF3	KEZKAKF4	KEZKAKF5	KEZKAKF6	KEZKAKTotal
Total	18,60±4,27	14,62±5,15	13,21±4,04	16,76±4,15	8,29±3,54	9,39±2,47	80,87±18,83
Género:							
Feminino	18,98±3,98	14,90±4,9	13,53±3,81	17,18±3,80	8,54±3,46	9,54±2,44	82,69±17,46
Masculino	16,48±5,13	12,98±5,97	11,43±4,77	14,41±5,15	6,92±3,61	8,49±2,47	70,70±22,59
Teste U ($p<0,05$)	$p<0,001$	$p=0,055$	$p=0,003$	$p<0,001$	$p=0,002$	$p=0,001$	$p<0,001$
Idade (anos):							
18-20	19,26±3,79	15,64±5,47	13,44±4,24	17,47±4,49	7,96±3,58	9,57±2,28	83,3±19,8
21-23	18,64±4,10	16,6±4,99	13,42±3,97	16,75±3,94	8,42±3,45	9,47±2,44	81,3±18,1
24-26	18,30±4,79	13,96±5,02	13,11±3,81	16,74±3,91	8,02±3,53	9,47±2,40	79,6±17,7
27-30	17,70±5,13	13,65±5,80	11,7±4,44	15,83±5,59	8,96±3,89	8,96±2,44	76,2±22,0
mais de 30	17,27±5,11	13,91±5,10	12,05±4,06	15,41±3,73	8,59±4,03	8,05±3,26	75,7±21,4
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,657$	$p=0,343$	$p=0,216$	$p=0,297$	$p=0,657$	$p=0,216$	$p=0,609$
Regiões:							
Norte	18,36±4,38	13,95±5,09	12,93±4,06	16,37±4,17	7,97±3,54	9,26±2,50	78,85±18,68
Centro	18,58±3,87	15,6±5,20	13,67±3,99	17,16±3,93	8,86±3,61	9,76±2,21	83,64±18,20
Sul	16,53±5,48	12,79±5,38	11,95±4,18	15,68±3,38	8,74±3,38	8,32±2,93	74,00±21,34
Açores	20,37±3,39	16,56±4,54	14,19±3,95	18,28±4,37	9,07±3,25	9,72±2,59	88,19±17,98
Madeira	18±4,29	13,25±5,14	12,33±3,63	15,33±3,60	5,75±2,80	9,08±1,93	73,75±13,89
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,005$	$p=0,001$	$p=0,041$	$p=0,003$	$p=0,003$	$p=0,006$	$p=0,073$
Ano licenciatura:							
2º Ano	18,68±4,11	15,05±5,32	13,59±4,25	17,11±4,23	8,01±3,83	9,49±2,11	81,95±18,82
3º Ano	19,11±3,80	15,31±4,63	13,55±3,57	17,25±3,55	8,33±3,49	9,40±2,51	82,95±16,31
4º Ano	18,21±4,60	13,94±5,37	12,81±4,25	16,26±4,47	8,37±3,46	9,33±2,58	78,93±20,31
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,317$	$p=0,080$	$p=0,384$	$p=0,243$	$p=0,744$	$p=0,991$	$p=0,331$
Serviço clínico:							
Bloco Operatório	17,00±4,16	11,40±7,11	11,60±4,65	13,80±5,33	7,40±4,09	8,70±3,02	69,90±25,43
Cirurgia	19,19±3,79	14,77±5,39	13,41±4,18	16,95±4,35	8,30±4,03	9,26±2,67	81,88±20,37

Cuidados Paliativos	17,5±4,96	13,88±6,03	12,75±5,99	16,5±5,15	9,13±4,55	9±3,12	78,75±25,52
ERPI	19,85±4,28	14,85±4,04	12,23±3,19	17,46±2,85	7,92±3,40	10,08±2,01	82,38±13,62
Especialidades	19,85±3,41	18,62±3,43	15,31±2,53	18,69±2,84	9,23±2,86	10,54±1,51	92,23±11,48
Medicina Intensiva	17±3,74	12,58±5,52	10,83±3,86	15,58±3,50	7,42±3,09	8,42±2,35	71,83±17,71
Medicina Interna	18,75±4,67	15,4±5,39	13,29±4,26	17,66±4,30	7,85±3,84	9,26±2,57	82,22±20,27
Neurologia	17,25±4,11	12±3,37	12,75±4,5	13,5±4,04	4,75±1,89	9±2,31	69,25±10,81
Obstetrícia	14,71±6,95	9,50±5,10	9,71±5,06	12,86±5,80	5,43±4,57	7,21±3,91	59,43±27,23
Oncologia	18,2±2,56	15±4,48	13,8±2,59	16,8±1,64	9,6±2,88	10,4±1,34	83,80±9,86
Ortopedia	18,67±4,83	17±4,84	13,67±3,47	15,75±4,16	8,5±3,68	9,58±2,47	83,17±17,38
Pediatria	18,14±3,13	14,00±4,00	13,71±2,49	15,86±2,98	7,89±2,69	9,21±2,33	78,71±13,30
Psiquiatria	19,4±4,03	14,16±4,37	13,44±3,59	17,96±4,22	9,28±3,80	8,84±3,18	83,08±17,02
SU	17,91±4,59	13,11±5,20	13,13±4,62	16,37±3,66	8,04±3,05	9,46±2,18	78,02±18,30
UCCI	18,46±3,04	14,57±3,79	13,36±3,03	16,39±3,35	8,5±2,92	9,86±1,72	81,14±12,61
UCSP	19,18±3,85	15,76±4,68	13,62±3,69	17,07±3,82	9,15±3,08	9,68±2,12	84,47±16,03
USF	20,3±4,16	15,6±5,80	15,1±4,79	18,1±5,68	8,7±3,50	10,9±1,37	88,70±21,44
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,160$	$p=0,001$	$p=0,130$	$p=0,013$	$p=0,073$	$p=0,310$	$p=0,012$

Tabela 4 - Níveis de stress dos fatores e total do questionário EADS

Escala e fatores	EADSD	EADSA	EADSS	EADSTotal
Total	5,92±5,10	6,58±4,61	59,7±08,5	20,21±12,87
Género:				
Feminino	5,93±5,04	6,62±4,52	7,83±4,35	20,37±12,56
Masculino	5,77±5,45	5,30±5,13	6,95±5,11	19,02±14,60
Teste U ($p<0,05$)	$p=0,367$	$p=0,382$	$p=0,154$	$p=0,299$
Idade (anos):				
18-20	5,79±5,25	13,53±3,81	8,06±4,47	21,16±13,39
21-23	6,02±5,16	6,35±4,48	7,52±4,48	19,89±12,69
24-26	5,26±4,74	6,55±4,33	8,06±4,27	19,87±12,07
27-30	6,95±4,64	6,70±5,34	7,74±4,99	21,39±13,94
mais de 30	5,50±5,41	6,27±5,14	7,27±4,72	19,05±14,73
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,559$	$p=0,716$	$p=0,750$	$p=0,922$
Região:				
Norte	5,59±4,89	6,08±4,39	7,41±4,26	19,08±12,24
Centro	6,32±5,22	7,54±4,73	7,87±4,93	21,73±13,18
Sul	6,16±5,10	6,05±4,50	9,05±4,10	21,26±12,87
Açores	7,05±5,72	7,81±4,91	8,65±4,56	23,51±14,11
Madeira	2,83±3,41	3,67±4,48	5±4,17	11,5±11,70
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,049$	$p=0,001$	$p=0,058$	$p=0,010$
Ano licenciatura:				
2º Ano	5,12±4,73	6,77±4,69	7,41±4,55	19,30±12,71

3ª Ano	6,56±5,40	6,98±4,64	8,05±4,58	21,59±13,23
4º Ano	5,75±4,98	6,20±4,57	7,55±4,39	19,50±12,68
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,132$	$p=0,283$	$p=0,613$	$p=0,360$
Serviço clínico:				
Bloco Operatório	6,10±6,21	5,80±5,41	6,60±5,08	18,50±15,70
Cirurgia	5,56±5,27	6,56±5,26	7,44±5,08	19,56±14,84
Cuidados Paliativos	5,25±5,90	6,625±5,71	8,13±5,14	20,0±15,87
ERPI	6,85±5,35	6,46±5,32	8,23±5,21	21,54±15,10
Especialidades	7,77±6,92	7,46±4,45	8,92±5,22	24,15±16,23
Medicina Intensiva	6,58±6,49	8,5±4,66	7,58±3,42	22,67±13,65
Medicina Interna	6,38±5,40	7,63±4,98	8,66±4,54	22,68±13,17
Neurologia	2±1,41	2,5±2,08	3,5±2,89	8±5,60
Obstetrícia	3,50±2,77	4,43±2,44	6,50±4,05	14,42±8,50
Oncologia	5,6±4,88	7,4±2,97	9,4±5,86	22,4±13,05
Ortopedia	5,42±4,27	6±4,13	7,67±3,87	19,08±10,18
Pediatria	6,36±4,89	6,43±5,45	6,93±4,68	19,71±14,01
Psiquiatria	7,2±5,84	7,28±5,59	7,64±4,64	22,12±15,17
SU	5,09±4,41	5,41±3,53	7,87±4,25	18,37±10,93
UCCI	4,39±2,71	6,11±3,83	6,64±3,31	17,14±8,35
UCSP	6,51±5,23	6,72±4,50	7,79±4,45	21,03±12,51
USF	6±5,37	6,5±3,24	6,8±4,21	19,3±11,09
Teste K-W ($p<0,05$)	$p=0,748$	$p=0,392$	$p=0,737$	$p=0,578$

Relativamente ao número e proporção de estudantes afetados com stress (considera-se afetado com stress quando o nível de stress indicado é igual ou superior a 2) verifica-se que a maioria (85,6%) dos estudantes indica sentir stress, sendo o fator 1 “Falta de Competência” (86,9%), o fator 3 “Relação com o doente e sobrecarga de trabalho” (91,1%) e o fator 6 “Ser magoado na relação com o doente” (92,9%) os fatores que mais afetam os estudantes (tabela 1).

Relativamente ao grau de severidade dos estados afetivo-emocionais dos inquiridos (Tabela 2), verifica-se que, sensivelmente metade dos inquiridos apresenta níveis de depressão e stress acima do normal e quase três quartos (72%) assinala sofrer de ansiedade, sendo que praticamente um terço (10,9%+24,4%) assinala ansiedade severa ou extrema.

Relativamente aos níveis de stress medidos pela escala KEZKAK (tabela 3) e os estados afetivo-emocionais medidos pela EADS (tabela4) segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais verifica-se que os estudantes do sexo feminino registam valores médios mais elevados de stress medidos pela KEZKAK ($p<0,001$) e de depressão, ansiedade e stress medidos pela EADS mas sem significado estatístico ($p=0,229$). No que diz respeito à idade e ao ano de licenciatura não se registam diferenças com significado estatístico em ambas as escalas. Quanto à região das escolas (as escolas foram agrupadas consoante a sua

localização geográfica: Norte, Centro, Sul, Açores e Madeira) verifica-se que os estudantes das escolas açorianas assinalam maior nível de stress em relação a todos os fatores da escala KEZKAK embora o valor total da escala indique não ser estatisticamente significativa essa diferença ($p=0,073$), e níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress ($p=0,010$). Por fim, relativamente ao serviço onde realizaram o último estágio clínico, verificamos diferenças significativas de stress para o fator 2 ($p=0,001$) e 3 ($p=0,013$) e total da escala KEZKAK ($p=0,012$) em que os serviços que induzem mais stress são as “especialidades” e as USF, e não se registam diferenças com significado estatístico relativamente às dimensões e total da escala EADS ($p=0,748$; $p=0,392$; $p=0,737$; $p=0,578$, respetivamente).

Através dos dados obtidos, foi possível verificar que todos os fatores de stress que constituem o questionário estão presentes com valores elevados ao longo dos quatro anos do CLE. “Ser magoado na relação com o doente”, “Falta de competências” e “Impotência/incerteza” são os fatores que apresentam os níveis mais elevados de stress para os estudantes. Os elevados níveis de stress apresentados nestes fatores são comuns aos estudos de Musso et al. (2008), Barroso (2009), Martins et al. (2017) e Suarez-Garcia et al. (2018). Contrariando o apresentado pelos autores Martins et al. (2017), a sobrecarga, a relação com os supervisores e colegas não apresentaram níveis elevados de stress por parte de estudantes.

Relativamente aos níveis de stress apresentado pelos estudantes de acordo com o género, os estudantes do sexo feminino descrevem o ensino clínico como sendo mais stressante do que os estudantes do sexo masculino. Estes resultados são corroborados por Barroso (2009) e Suarez-Garcia et al. (2018). Como os estudantes do sexo masculino e as estudantes do sexo feminino se encontram em fases diferentes do desenvolvimento psicológico e emocional, as estudantes do sexo feminino apresentam menos autoconfiança, preocupam-se mais e sentem-se mais pressionadas do que os colegas do sexo masculino (Barroso, 2009).

Neste estudo foi possível apurar que os níveis de stress não variam significativamente consoante o ano académico frequentado pelos estudantes, ao contrário do apresentado pelos autores Barroso (2009), que indica o primeiro ano do CLE como sendo o mais stressante, em que o segundo ano apresenta níveis de stress mais elevados que os outros anos académicos. Relativamente à região onde se encontra sediada a Escola de Enfermagem ou Saúde que o inquirido frequenta, as Escolas Superior de Saúde da Região Autónoma dos Açores apresentam valores mais elevados em todos os fatores do questionário KEZKAK, quando comparados com as restantes regiões do país. Dentro das escolas da UAc.ESS, a que se encontra sediada em Ponta Delgada apresenta os valores mais elevados. Espada (2013) num estudo realizado sobre “O Erro na Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem” descreve que “erros de medicação” e “erros relacionados com os cuidados de enfermagem” são os maiores potenciadores de stress para estes estudantes. O mesmo estudo explica ainda que, em comparação com as outras escolas do país, a Universidade dos Açores apresenta

os mais elevados níveis de stress nos estudantes do CLE, e que estes alunos apresentam níveis mais elevados de stress e ansiedade no primeiro ensino clínico, que tendem a diminuir durante o CLE, apenas para chegarem aos mesmo valores apresentados nas diferentes escolas do país.

Relativamente ao serviço onde os estudantes realizaram o último ensino clínico e ao facto de estarem deslocados do local onde se encontra sediada a escola que frequentam, não foram encontradas diferenças significativas, no entanto não foram encontrados estudos que corroborassem ou contrariassem os resultados obtidos.

No que concerne ao nível de ansiedade, stress e depressão nos estudantes de enfermagem em ensino clínico, os estudantes apresentam níveis de ansiedade mais extremos que de depressão ou stress. Estes dados são contrariados pelos obtidos no estudo sobre “ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior” de Galvão et al. (2017) em que os estudantes do ensino superior apresentavam níveis mais elevados de stress. O mesmo é recorrente em outros estudos, como o de Certo (2016), em que os estudantes apresentam níveis de stress mais elevados do que ansiedade ou depressão. No presente estudo os níveis de ansiedade, depressão e stress não apresentavam diferenças significativas relativamente ao género, resultado corroborado pelo estudo realizado por Pinto, Martins, Pinheiro e Oliveira (2015), em que tanto o género como a formação profissional não afetou os resultados da EADS-21.

CONCLUSÕES

Conclui-se que as estudantes do sexo feminino são mais suscetíveis de sofrer estados emocionais mais severos que os rapazes. “Falta de competência”, “Impotência/ incerteza” e o “Ser magoado na relação com o doente” são os fatores que mais potenciam o stress nos estudantes do CLE na prática clínica; as escolas que os estudantes do CLE frequentam influenciam significativamente os estados emocionais na prática clínica, ao contrário dos locais e serviços onde realizaram os mesmos. Os estudantes de enfermagem apresentam um nível de ansiedade consideravelmente superior às restantes dimensões da EADS-21. Pelo que os estudantes de enfermagem necessitam desenvolver e adquirir competências sócio emocionais promotoras da sua saúde mental positiva, desde o primeiro ano do curso, que lhes permitam lidar de forma adaptativa com os desafios ao longo dos diversos contextos de estágios. Apontamos a necessidade emergente do desenvolvimento de intervenções direcionadas ao estímulo de fatores de proteção como o aumento do repertório de competências sócio emocionais, estratégias de regulação emocional, prática de atividades físicas, de lazer, hábitos alimentares e higiene do sono.

As implicações deste estudo para a prática clínica reporta-nos para a vincada evidência de os estudantes desenvolverem estratégias de coping dirigidas ao enfrentamento do stress e da ansiedade face a situações adversas.

REFERÊNCIAS

- Admi, H., Moshe-Eilon, Y., Sharon, D., & Mann, M. (2018). Nursing students' stress and satisfaction in clinical practice along different stages: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 68 (December 2017), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.027>
- Astrês Fernandes, M., Rocha Vieira, F. E., Soares Silva, J., Silva Dantas Avelino, F. V., & Marques Santos, J. D. (2018). Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl 5), 2298–2304. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0752>
- Barroso, I. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaolsabelBarroso.pdf>
- Certo, A. C. T. (2016). *Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13051/1/TESE FINAL.pdf>
- Chinn, P., & Kramer, M. (1991). *Theory and Nursing a systematic approach*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Chinn, P., & Kramer, M. (1999). *Theory and Nursing. Integrated Knowledge development* (5th ed). St Louis, Missouri: Mosby Editions.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1(1), p. 13-23.
- Espada, A. P. S. S. (2013). *O Erro na Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem” Perceções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica sobre os Erros Cometidos e o Papel que desempenham na Aprendizagem e no Desenvolvimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores. https://doi.org/10.14195/0870-8584_5_9
- Fernandes, C. (2004). Reflectindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. *Latino-Americana Enfermagem*, 12(4), 691-698.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress E Depressão Relacionados Com Perturbações Do Sono-Vigília E Consumo De Álcool Em Alunos Do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 8–12. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0160>

- Grobecker, P. A. (2016). A sense of belonging and perceived stress among baccalaureate nursing students in clinical placements. *Nurse Education Today*, 36, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.015>
- Joolaei, S., Jafarian Amiri, S. R., Farahani, M. A., & varaei, S. (2015). Iranian nursing students' preparedness for clinical training: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(10), e13–e17. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.026>
- Karaca, A., Yildirim, N., Ankarali, H., Açikgöz, F., & Akkuş, D. (2017). Nursing Students' Perceived Levels of Clinical Stress, Stress Responses and Coping Behaviors. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 32–39. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.22590>
- Lourenço, A. C., & Parreira, P. M. S. D. (2012). Ansiedade dos estudantes perante o ensino clínico: Um estudo com estudantes de enfermagem. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 203–212. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10662/3591>
- Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Martins, R., Moreira, T., & Chaves, C. (2017). Situações Indutoras de Stress e Burnout em Estudantes de Enfermagem nos Ensinos Clínicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE5), 25-32.
- Musso, L. B., Vargas, B. A., Torres, M. B., Del Canto, M. J. C., Meléndez, C. G., Balloqui, M. F. K., & Cornejo, A. S. (2008). Factors derived from the intrahospital laboratories that cause stress in infirmary students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 805–811. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500002>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar - Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, Depressão e Stresse: Um Estudo com Jovens Adultos e Adultos Portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148–163. <https://doi.org/10.15309/15psd160202>
- Sheridan, P., Carragher, L., Carragher, N., & Treacy, J. (2019). Development and validation of an instrument to measure stress among older adult nursing students: The Student Nurse Stressor-15 (SNS-15) Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1336–1345. <https://doi.org/10.1111/jocn.14723>
- ten Hoeve, Y., Kunnen, S., Brouwer, J., & Roodbol, P. F. (2018). The voice of nurses: Novice nurses' first experiences in a clinical setting. A longitudinal diary study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1612–e1626. <https://doi.org/10.1111/jocn.14307>
- Turner, K., & McCarthy, V. L. (2017). Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Education in Practice*, 22, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.002>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Camarate: Edições Lusociência.

Suarez-Garcia, J. M., Maestro-Gonzalez, A., Zuazua-Rico, D., Sánchez-Zaballos, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2018). Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. *Nurse Education Today*, 64, 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.001>

Repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras

Helena Moraes Cortes*, & Lorena Moura Pontes Araújo**

*Enfermeira; Doutora em Ciências - EEUSP; Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Av. Carlos Amaral, 1015, 44.430-622. Santo Antônio de Jesus, Brasil. E-mail: helenamoraescortes@gmail.com

**Bacharela em Saúde; Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 44.430-622. Santo Antônio de Jesus, Brasil. Email: lorenamparaujo@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: a transgeneridade é entendida como a não-conformação do indivíduo ao gênero que lhe é imposto ao nascer com base em sua genitália. Ainda hoje existe uma luta contra estigmas sociais, o que causa sofrimento psíquico às pessoas trans. **OBJETIVO(S):** analisar as repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras. **MÉTODOS:** revisão integrativa da literatura acerca da produção científica nacional e internacional sobre as repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras de 2009 a 2019. **RESULTADOS:** emergiram as categorias temáticas “Discriminação e violências sofridas pelas pessoas transgêneras em diversos contextos” e “A influência da família na saúde mental das pessoas transgêneras”. **CONCLUSÕES:** infere-se que a saúde mental da população transgênera está ligada a todo o contexto social e cultural a qual ela está inserida, onde a falta de apoio e respeito à sua identidade de gênero causa sofrimento psíquico a essa população.

Palavras-Chave: saúde mental; pessoas transgêneras; enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND: transgenerity is understood as the non-conformation of the individual to the gender that is imposed on him at birth based on his genitalia. Even today, there is a struggle against social stigmas, which causes psychological distress for trans people. **AIM:** to analyze the repercussions of social exclusion on the mental health of transgender people.

METHODS: integrative literature review about national and international scientific production on the repercussions of social exclusion on the mental health of transgender people from 2009 to 2019. **RESULTS:** the thematic categories “Discrimination and violence suffered by transgender people in different contexts” and “The influence of the family on the mental health of transgender people” emerged.

CONCLUSIONS: it is inferred that the mental health of the transgender population is linked to the entire social and cultural context to which it is inserted, where the lack of support and respect for their gender identity causes psychological distress to this population.

Keywords: Mental health; transgender people; nursing.

RESUMEN

CONTEXTO: se entiende por transgénero la no conformación del individuo al género que se le impone al nacer en función de sus genitales. Incluso hoy en día, existe una lucha contra los estigmas sociales, que causa angustia psicológica a las personas trans. **OBJETIVO(S):** analizar las repercusiones de la exclusión social en la salud mental de las personas trans. **METODOLOGÍA:** revisión integradora de la literatura sobre la producción científica nacional e internacional sobre las repercusiones de la exclusión social en la salud mental de las personas trans de 2009 a 2019. **RESULTADOS:** surgieron las categorías temáticas “Discriminación y violencia que sufren las personas trans en diferentes contextos” y “La influencia de la familia en la salud mental de las personas trans”. **CONCLUSIONES:** se infiere que la salud mental de la población transgénero está vinculada a todo el contexto social y cultural en el que se inserta, donde la falta de apoyo y respeto a su identidad de género provoca malestar psicológico en esta población.

Palabras Clave: salud mental; personas transgénero; enfermería.

INTRODUÇÃO

A transgeneridade é entendida como a não-conformação do indivíduo com o gênero imposto com base em sua genitália no nascimento (Camilloto, 2019). Historicamente, a população trans vem reivindicando e conquistando seus direitos como cidadãos, principalmente no que diz respeito à despatologização de sua identidade de gênero. A exemplo disto, houve a realocação da transexualidade do grupo “transtorno de gênero” para “disforia” no DSM-5 em 2013, a realocação da transgeneridade dos “transtornos mentais e comportamentais” para “transtornos sexuais e de saúde sexual” no CID-11 em 2018 (Camilloto, 2019). Ainda existe uma luta contra os estigmas e rejeições advindos da sociedade, o que causa sofrimento psíquico às pessoas trans (Camilloto, 2019). Diante disso, a presente revisão buscou mostrar as repercussões da exclusão social na saúde mental das pessoas transgêneras.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da produção científica nacional e internacional sobre as repercussões da exclusão social na saúde mental de pessoas transgêneras de 2009 a 2019. Os critérios de inclusão foram: artigos eletrônicos, originais e de livre acesso, em português, inglês e espanhol; e estudos que tratassem da saúde mental

e da exclusão social de pessoas trans. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis eletronicamente ou sem livre acesso; e artigos de revisão ou relatos de experiência.

Utilizou-se as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Science Direct Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados, tanto isolados quanto combinados, foram: exclusão social; saúde mental; transexualismo; pessoas transgênero; com suas respectivas variações em inglês e espanhol.

Foram encontrados 395 artigos, sendo 305 na Pubmed, 77 na BVS e 13 na SciELO. Utilizou-se o software EndNote para organizar os artigos e, por meio dele, encontrou-se 5 duplicações, restando 387 artigos. Após leitura minuciosa dos títulos e resumos, foram excluídos os artigos que não se encaixavam com o tema da pesquisa, restando 39 para serem lidos na íntegra. Após a leitura integral, foram incluídos 12 artigos para comporem a presente revisão.

RESULTADOS

Elaborou-se um quadro síntese apontando os principais resultados encontrados em cada um dos 12 artigos selecionados (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese dos principais resultados dos artigos selecionados para a revisão

ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Khan <i>et al.</i> , 2009	Discriminação e rejeição em vários contextos (familiar, cultural, amoroso, religioso e no mercado de trabalho) em decorrência da identidade de gênero.
Koken, Bimbi, Parsons, 2009	Experiências familiares negativas acarretaram em sofrimento psíquico pelo distanciamento com os familiares e pela falta de aceitação e compreensão dos pais.
Reisner <i>et al.</i> , 2009	Histórico de expulsão de casa, moradia instável e desemprego, que muitas vezes está relacionado à discriminação, impelindo-as a recorrerem ao trabalho sexual. Ocorrência de sintomas e diagnósticos de depressão.
Chakrapani <i>et al.</i> , 2011	Relatos de episódios discriminatórios no sistema de saúde. Uso do álcool como mecanismo de enfrentamento para fatores como despejo de casa, rejeição, dificuldades econômicas e violência.
Nemoto, Bödeker, Iwamoto, 2011	Relatos de ideação e tentativas de suicídio, agressão, estupro e transfobia. Variáveis, incluindo níveis de renda e educação, estavam relacionadas à depressão.
Bazargan, Galvan, 2012	Discriminações, rejeições, insultos, ridicularizações e assédios percebidos constantemente. A não conclusão do ensino médio e um nível mais alto de discriminação percebida, foram associados a um nível mais alto de depressão.

Wilson <i>et al.</i> , 2016	As pessoas trans tiveram muito mais chances de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, pensamentos suicidas e estresse por causa da discriminação. A proximidade e a maior aceitação dos pais foram fatores protetores para estes problemas, além de promover maior resiliência.
Rodríguez-Madera <i>et al.</i> , 2017	Discriminação ao acessar serviços sociais e/ou serviços médicos. Metade das profissionais do sexo relatou experiências de violência advindas de clientes.
Rossmann, Salamanca, Macapagal, 2017	Receio de contar aos profissionais de saúde sobre sua identidade de gênero. Experiências perturbadoras de microagressões verbais e não verbais sofridas após a revelação.
Logie <i>et al.</i> , 2018	Estigma e maus tratos nos serviços de saúde são uma barreira de acesso. Medo de sofrer rejeição e isolamento.
Christian <i>et al.</i> , 2018	Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, o uso de substâncias, bem como a depressão e transtorno de ansiedade foi maior na população transgênera.
Lobato <i>et al.</i> , 2019	76,7% passaram por rejeição social por sua identidade de gênero e 90,3% relataram sofrimento psíquico.

Fonte: elaboração das autoras.

DISCUSSÃO

A saúde mental das pessoas transgêneras, muitas vezes, é impactada por situações de marginalização e exclusão social (Cortes *et al.*, 2019; Rigolon, Carlos, Oliveira e Salim, 2020). Christian *et al.* (2018); Reisner, Mimiaga, Bland, Mayer, Perkovich e Safren (2009) e Wilson, Chen, Arayasirikul, Raymond e McFarland (2016) constataram que a maioria das pessoas transgêneras demonstraram sintomas depressivos e/ou foram diagnosticadas com depressão, além de possuírem maiores chances de desenvolver TEPT, pensamentos suicidas ou estresse. Assim, Lobato *et al.* (2019) e Nemoto, Bödeker e Iwamoto (2011) mostraram que o estigma, a rejeição social e a transfobia por partes de familiares, amigos e no mercado de trabalho foram fatores causadores de sofrimento psíquico dessa população. Nesse sentido, discute-se, a seguir, as discriminações e preconceitos sofridos pelas pessoas trans, em várias circunstâncias e ambientes, e as consequências acarretadas por este fato.

1. Discriminação E Violências Sofridas Pelas Pessoas Transgêneras Em Diversos Contextos

1.1 Contexto educacional.

O ambiente educacional é considerado como hostil com a diferença e com o diferente, o que dificulta a permanência da população transgênera. Khan *et al.* (2009) mostraram que, na

escola, as pessoas transgêneras passaram por experiências de isolamento e *bullying* e Silva (2018) enfatiza que 75% da população trans sofreu discriminação e preconceito dentro de sua instituição de ensino, tanto por professores quanto por colegas. Comumente, as pessoas trans não possuem acesso à educação formal, e, apesar de muitas demonstrarem vontade de ingressar em um ensino superior, a maioria desiste antes de concluir, por falta de inclusão e acolhimento (Silva, 2018). Além disso, a não conclusão do ensino médio foi associada a maiores níveis de depressão em pessoas transgêneras (Bazargan e Galvan, 2012).

Assim, o pequeno número de pessoas trans nas universidades evidencia que este espaço não é muito inclusivo e, conseqüentemente, gera sofrimento psíquico aos estudantes trans (Silva, 2018). O abandono dos estudos também dificulta a obtenção de emprego, uma vez que, sem qualificação profissional, o mercado de trabalho se fecha.

1.2 Contexto do mercado de trabalho.

A relação entre educação e mercado de trabalho, envolvendo as pessoas trans, é direta. Khan *et al.* (2009) falam sobre a desistência da carreira acadêmica repercutir no desemprego das pessoas transgêneras, pois a falta de qualificação é um dos principais motivos (Teixeira *et al.*, 2018). Com este ambiente a cada dia exigindo mais qualificação dos candidatos, essa população acaba sendo compelida a aceitar empregos informais, tanto pela falta de oportunidade, em decorrência do preconceito dos empregadores, quanto por não se adequarem aos requisitos impostos pelo mercado (Teixeira *et al.*, 2018). Inclusive Khan *et al.* (2009) mostram que muitas pessoas trans que conseguem empregos formais, sofrem abuso verbal, físico ou sexual nos locais de trabalho.

Já as pessoas trans que não conseguem se inserir em empregos formais acabam recorrendo ao trabalho sexual como forma de sustento e sobrevivência (Khan *et al.*, 2009; Reisner *et al.*, 2009). Além de não obterem muita renda com o trabalho sexual, elas ainda ficam vulneráveis à exposição ao HIV, pois grande parte dos clientes se recusam a usar o preservativo e muitos cometem estupros e outras violências (Nemoto *et al.*, 2011; Rodríguez-Madera *et al.*, 2017). Reisner *et al.* (2009) também alegam que o desemprego da população transgênera está diretamente relacionado à discriminação.

1.3 Contexto dos serviços de saúde.

Ainda existem muitas barreiras que afastam a população transgênera dos sistemas de saúde, como a discriminação e o conhecimento limitado dos profissionais de saúde sobre a transgeneridade (Khan *et al.*, 2009; Rigolon *et al.*, 2020; Salum, 2018).

Rigolon *et al.* (2020) mostram que o desconhecimento dos profissionais da saúde sobre a transgeneridade está relacionado, diretamente, com a falta de discussão sobre o tema nas grades curriculares dos cursos da saúde. Como prova disso, Negreiros, Ferreira, Freitas,

Pedrosa e Nascimento (2019) afirmam que muitos médicos não realizaram nenhum tipo de educação permanente sobre a saúde da população LGBT, além de confirmarem que na graduação não houve nenhum componente curricular que abordasse o tema.

Já Chakrapani, Newman, Shunmugam, Dubrow (2011); e Rigolon *et al.* (2020) problematizam alguns episódios discriminatórios que aconteceram no sistema de saúde como uso do nome civil ao invés do social, não confidencialidade dos médicos, julgamento, abusos verbais e atrasos propositais por parte dos profissionais.

Por isso, o medo do estigma e da discriminação é uma barreira à procura de cuidados de saúde pela população LGBT, por causa de maus tratos advindos pelos profissionais de saúde (Logie *et al.*, 2018; Rossman, Salamanca e Macapagal, 2017). Em decorrência disso, as pessoas trans sentem receio de confiar nos profissionais da saúde, desenvolvendo sinais de depressão e ansiedade, por consequência da falta de apoio e por ocultarem sua identidade de gênero (Holt *et al.*, 2020; Rodríguez-Madera *et al.*, 2017).

Ademais, experiências de agressões sofridas após a divulgação da identidade de gênero foram relatadas como uma barreira para os cuidados em saúde, pois desmotivaram os pacientes a procurarem os serviços médicos (Rossman *et al.*, 2017). Segundo Rodríguez-Madera *et al.* (2017) a violência verbal foi a forma mais comum de violência nos serviços de saúde devido à identidade de gênero, seguida por violência física e violência sexual.

Negreiros *et al.* (2019) mostraram que muitos médicos culpabilizam a população LGBT pelo atendimento que recebem, como demonstra a fala “*O preconceito é próprio deles, não é da equipe, de jeito nenhum! Eles já andam traumatizados [...]*” (p. 29), tentando justificar as situações de constrangimento ocorridas nos estabelecimentos de saúde.

Além de atrasarem seus cuidados em saúde por causa da discriminação, muitas vezes as pessoas trans também adiam a ida ao serviço de saúde por causa dos altos custos, o que também se torna uma barreira, como mostra Christian *et al.* (2018).

Semelhantemente, Holt *et al.* (2020) identificaram a dimensão financeira como um fator limitante ao acesso da população transgênera ao serviço de saúde. Os planos privados são rigorosos para aprovar as transformações corporais de pessoas trans, além de decidirem quais serviços elas podem acessar ou não (Holt *et al.*, 2020). Por privar a autonomia das pessoas trans sobre seus corpos, frequentar os serviços de saúde torna-se desestimulador.

2. A Influência Da Família Na Saúde Mental Das Pessoas Transgêneras

2.1 A família como causadora de sofrimento psíquico.

A falta de apoio familiar, muitas vezes, acarreta em consequências negativas a essa população, como o sofrimento psíquico causado pelo distanciamento com os familiares e pela falta de aceitação e compreensão dos pais (Reisner *et al.*, 2009). A construção social dos pais sobre identidade de gênero é um dos maiores motivos de não apoiarem seus filhos nesse

autorreconhecimento, pois, muitos pais veem a transgeneridade como uma mudança inapropriada aos costumes culturais e sociais (Olmo Rojas, 2018). Por estes motivos, muitas vezes, as pessoas trans que moram na casa de seus pais não contam sobre sua identidade de gênero por medo da rejeição (Chakrapani *et al.*, 2011).

Khan *et al.* (2009) mostram a cultura local de Bangladesh, que proíbe a constituição familiar envolvendo as pessoas transgêneras por acreditarem que, devido às mudanças corporais, elas nunca poderão ter filhos biológicos. Nas próprias famílias, houve rejeição, ridicularização e expulsão de casa (Chakrapani *et al.*, 2011); Koken, Bimbi e Parsons, (2009) e Reisner *et al.*, (2009), tornando-se fatores decisivos para que muitas delas se abrigassem em favelas ou em casas de gurus, que as forçavam ao trabalho sexual (Khan *et al.*, 2009).

Tais fatores estão relacionados à situação de vulnerabilidade desse grupo, uma vez que, ao serem despejados ou ao fugirem de casa, a chance desses indivíduos conseguirem se sustentar sem uma moradia e emprego fixos é muito pequena, levando-os à mendicância, a se abrigarem em áreas de baixa renda, a aceitarem condições informais de trabalho e a aceitarem o trabalho sexual como forma de sustento (Virupaksha & Muralidhar, 2018).

Christian *et al.* (2018) mostram que o uso de substâncias lícitas e ilícitas foi maior na população transgênera quando comparado ao restante da população. Ademais, o uso do álcool por pessoas transgêneras muitas vezes é utilizado como uma alternativa para suportar as situações de preconceito e discriminação vividas cotidianamente, tornando-se um mecanismo de escape (Chakrapani *et al.*, 2011; Cortes *et al.*, 2019).

2.2 A família como fator protetivo de sofrimento psíquico.

Apesar da família, às vezes, ser um fator causador de sofrimento psíquico na população trans, ela também pode atuar como fator protetivo para a saúde mental desse grupo, fornecendo apoio e acolhimento nas diversas situações vividas por essas pessoas. Muitas vezes, inicialmente, os pais rejeitam a transgeneridade de seus filhos, mas parte deles começam a aceitar a identidade de gênero de seus filhos num momento posterior (Reisner *et al.*, 2009).

Wilson *et al.* (2016) mostram que a proximidade e a maior aceitação dos pais à identidade de gênero, foram fatores protetores para TEPT, depressão e pensamentos suicidas, além de promover maior resiliência aos seus filhos. Essa resiliência diz respeito à capacidade de adaptação a mudanças de vida e enfrentamento de discriminação, uma vez que promovida por meio do apoio familiar, contribui para que essa população consiga lidar com as dificuldades sociais relacionadas com sua identidade de gênero (Virupaksha & Muralidhar, 2018). A proximidade com os pais e um bom diálogo com a família são exemplos dos fatores que são considerados protetores da saúde mental de pessoas transgêneras, uma vez que reduzem significativamente sintomas como depressão e ansiedade, aumentando a autoconfiança dos filhos transgêneros (Olmo Rojas, 2018).

CONCLUSÃO

Verificou-se que a saúde mental da população transgênera está ligada a todo o contexto social e cultural a qual ela está inserida, onde a falta de apoio e respeito à sua identidade de gênero causa sofrimento psíquico a essa população, que acaba culminando, muitas vezes, em violações contra o próprio corpo e/ou a sua vida. Com isso, é necessário que os direitos dessa população sejam assegurados por políticas públicas, para que, além da teoria, as situações de discriminação sejam reduzidas na prática, visando a eliminá-las.

É importante que haja programas de educação permanente para profissionais da saúde e da educação, uma vez que muitos deles não estão preparados para lidarem com a população transgênera e a diversidade humana. Da mesma forma, é necessário que haja a redução das disparidades de oportunidades de empregos formais entre pessoas cis e trans no mercado de trabalho, promovendo capacitações e qualificação a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BioMed Central Public Health*, 12(1), 663. doi: 10.1186/1471-2458-12-663

Camilloto, L. S. B. (2019). *Transgeneridade e direito de ser: relação entre o reconhecimento de si e o reconhecimento jurídico de novos sujeitos de direitos*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto. Repositório da UFOP. [https://repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/11487/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O TransgeneridadeDireitoSer.pdf](https://repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/11487/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20TransgeneridadeDireitoSer.pdf)

Chakrapani, V., Newman, P. A., Shunmugam, M., & Dubrow, R. (2011). Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS care*, 23(12), 1687-1694. doi: 10.1080/09540121.2011.582076

Christian, R., Mellies, A. A., Bui, A. G., Lee, R., Kattari, L., & Gray, C. (2018). Measuring the health of an invisible population: lessons from the Colorado Transgender Health Survey. *Journal of general internal medicine*, 33(10), 1654-1660. doi: 10.1007/s11606-018-4450-6

Cortes, H. M., de Moraes, A. V. C., Santos, E. S., de Sá, M. V. G., e Pinho, P. H. (2019). Vivências de mulheres transgêneras de um município do recôncavo da Bahia. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 1, e1871-e1871. doi: 10.25248/reaenf.e1871.2019

Holt, N. R., Hope, D. A., Mocarski, R., Meyer, H., King, R., & Woodruff, N. (2020). The provider perspective on behavioral health care for transgender and gender nonconforming individuals in the Central Great Plains: A qualitative study of approaches and needs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 136. doi: 10.1037/ort0000406

- Khan, S. I., Hussain, M. I., Parveen, S., Bhuiyan, M. I., Gourab, G., Sarker, G. F., ... & Sikder, J. (2009). Living on the extreme margin: social exclusion of the transgender population (hijra) in Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, 27(4), 441. doi: 10.3329/jhpn.v27i4.3388
- Koken, J. A., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2009). Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 853. doi: 10.1037/a0017198
- Lobato, M. I., Soll, B. M., Brandelli Costa, A., Saadeh, A., Gagliotti, D. A., Fresán, A., ... & Robles, R. (2019). Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation—an ICD-11 field study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(4), 310-315. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0052
- Logie, C. H., Perez-Brumer, A., Jenkinson, J., Madau, V., Nhlengethwa, W., & Baral, S. (2018). Marginalization and social change processes among lesbian, gay, bisexual and transgender persons in Swaziland: implications for HIV prevention. *AIDS care*, 30(sup2), 33-40. doi: 10.1080/09540121.2018.1468011
- Negreiros, F. R. N. D., Ferreira, B. D. O., Freitas, D. D. N., Pedrosa, J. I. D. S., e Nascimento, E. F. D. (2019). Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 23-31. doi: 10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075
- Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American journal of public health*, 101(10), 1980-1988. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285
- Olmo Rojas, M. D. (2018). *Relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad y depresión en población transexual/transgénero*. Trabajo Fin de Máster, Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales, Madrid. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31728>
- Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Bland, S., Mayer, K. H., Perkovich, B., & Safren, S. A. (2009). HIV risk and social networks among male-to-female transgender sex workers in Boston, Massachusetts. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 373-386. doi: 10.1016/j.jana.2009.06.003
- Rigolon, M., Carlos, D. M., Oliveira, W. A. D., & Salim, N. R. (2020). “A saúde não discute corpos trans”: História Oral de transexuais e travestis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0228
- Rodríguez-Madera, S. L., Padilla, M., Varas-Díaz, N., Neilands, T., Vasques Guzzi, A. C., Florenciani, E. J., & Ramos-Pibernus, A. (2017). Experiences of violence among transgender

women in Puerto Rico: an underestimated problem. *Journal of homosexuality*, 64(2), 209-217. doi: 10.1080/00918369.2016.1174026

Rossmann, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). "The doctor said I didn't look gay": Young adults' experiences of disclosure and non-disclosure of LGBTQ identity to healthcare providers. *Journal of homosexuality*, 64(10), 1390. doi: 10.1080/00918369.2017.1321379

Silva, G. F. D. F. (2018). *A população transgênero no ambiente universitário: desafios*. (2018). 45f. Monografia de Graduação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal Rural do Semi-árido, Mossoró. Repositório da UFRS. http://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/4575/1/GianniniFFS_MONO.pdf

Teixeira, A. C., Gonçalves, B. S. N., Gama, N. C. R., Vieira, P. H., Diniz, S. D. O., e Pereira, J. D. S. F. (2020). Responsabilidade social: a inserção de pessoas transgêneros no mercado de trabalho. *Revista Expressão*, (2), 22.

Virupaksha, H. G., & Muralidhar, D. (2018). Resilience among transgender persons: Indian perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34(2), 111. doi: 10.4103/ijsp.ijsp_25_17

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2203-2211. doi: 10.1007/s10461-016-1409-7

Agradecimento: à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

Boas práticas na inter-relação da Educação Permanente em Saúde e a construção teórica de Peplau

Viviane Lins Araujo de Almeida*, **Simone Costa da Matta Xavier****, **Matheus de Oliveira Silva*****, **Anderson Ferreira da Silva******, & **Elaine Antunes Cortez*******

*Mestrado. Especialista em Enfermagem Neonatal. Professora da UNESA – 21741-340, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: enf.vivianelins@gmail.com

<mailto:ex@esenf.pt>**Mestrado. Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Universidade Federal Fluminense, 22750-009, Niterói, Brasil. Email: enomixxavier@gmail.com

***Graduando; Enfermagem; Universidade Estácio de Sá, 26220-099, Nova Iguaçu, Brasil. E-mail: matheusoliveira4510@gmail.com

****Mestrado; Serviço Social; Supervisor Clínico Institucional do CAPS III Casa Azul, 22231-090, Mesquita, Brasil. E-mail. anderferreira76@gmail.com

*****Doutorado; Enfermagem; Professora Associada I e Universidade Federal Fluminense, 22750-009, Niterói, Brasil. E-mail: nanicortez@hotmail.com

Este trabalho é um recorte da dissertação do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e contém a construção do referencial teórico.

RESUMO

CONTEXTO: O transtorno psiquiátrico é uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental, frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidades significativas que afetam o indivíduo e suas relações. A política atual de saúde mental brasileira nos impulsiona a refletir os principais marcos históricos que consolidam a Reforma Psiquiátrica, sua relação e implicação na Educação Permanente em Saúde (EPS) e à respeito da Psicodinâmica proposta por Hildegard Peplau na consolidação da (re)socialização dos indivíduos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial.

OBJETIVO(S): Proporcionar uma reflexão teórica/filosófica da prática de Educação Permanente nas construções teóricas de Enfermagem de Peplau sobre o trabalho interdisciplinar e seu reflexo na integralidade do cuidado da rede de atenção em saúde mental.

MÉTODOS: Estudo descritivo, do tipo análise reflexiva, sobre a Política de Educação Permanente em Saúde à partir dos conceitos suscitados por Hildegard Peplau.

RESULTADOS: Revela que já era proposto por Peplau a participação do “doente” nas práticas de Enfermagem, assim como na Educação Permanente. Portanto, com base em sua contribuição, quão antiga é essa relação entre o saber e a (re)elaboração de um novo saber

– fazer, onde o aprendizado no cenário laboral é valorizado e utilizado na aplicação de novas abordagens. **CONCLUSÕES:** As contribuições alcançadas, demonstram a necessidade de implementação desta prática nos serviços destinados ao portador de transtorno mental, pois, desta forma, será possível consolidar a aprendizagem no local de trabalho, a inserção do usuário na identificação dos problemas, a construção das soluções e a consolidação do trabalho em equipe.

Palavras-Chave: Educação continuada; Educação em enfermagem; Saúde mental; Relações interpessoais.

ABSTRACT

CONTEXT: Psychiatric disorder is a dysfunction in the psychological, biological or developmental processes of mental functioning, often associated with suffering or significant disabilities that affect the individual and their relationships. The current Brazilian mental health policy impels us to reflect the main historical milestones that consolidate Psychiatric Reform, its relationship and implication in Permanent Health Education (EPS) and regarding the Psychodynamics proposed by Hildegard Peplau in the consolidation of (re) socialization of patients. individuals seen at the Psychosocial Care Center. **OBJECTIVE(S):** To provide a theoretical / philosophical reflection on the practice of Permanent Education in the theoretical constructions of Nursing in Peplau on interdisciplinary work and its reflection on the comprehensive care of the mental health care network. **METHODS:** A descriptive, reflective analysis study on the Permanent Health Education Policy based on the concepts raised by Hildegard Peplau. **RESULTS:** It reveals that it was already proposed by Peplau the participation of the “patient” in Nursing practices, as well as in Permanent Education. Therefore, based on your contribution, how old is this relationship between knowledge and the (re) elaboration of a new know-how, where learning in the workplace is valued and used in the application of new approaches. **CONCLUSIONS:** The contributions achieved demonstrate the need to implement this practice in services for people with mental disorders, as this way, it will be possible to consolidate learning in the workplace, the insertion of the user in the identification of problems, the construction of solutions and the consolidation of teamwork.

Keywords: Continuing education; Nursing education; Mental health; Interpersonal Relations.

RESUMEN

CONTEXTO: El trastorno psiquiátrico es una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo del funcionamiento mental, a menudo asociado con sufrimiento o discapacidades significativas que afectan al individuo y sus relaciones. La actual política de salud mental brasileña nos impulsa a reflejar los principales hitos históricos que consolidan la Reforma Psiquiátrica, su relación e implicación en la Educación Permanente en Salud (EPS)

y en torno a la Psicodinámica propuesta por Hildegard Peplau en la consolidación de la (re) socialización de los pacientes. personas atendidas en el Centro de Atención Psicosocial.

OBJETIVO (S): Proporcionar una reflexión teórico-filosófica sobre la práctica de la Educación Permanente en las construcciones teóricas de Enfermería en Peplau sobre el trabajo interdisciplinario y su reflexión sobre la atención integral de la red de atención en salud mental.

MÉTODOS: Estudio descriptivo, de análisis reflexivo sobre la Política de Educación Permanente en Salud a partir de los conceptos planteados por Hildegard Peplau.

RESULTADOS: Revela que ya fue propuesta por Peplau la participación del “paciente” en las prácticas de Enfermería, así como en la Educación Permanente. Por tanto, a partir de tu aportación, qué antigüedad tiene esta relación entre el conocimiento y la (re)elaboración de un nuevo saber hacer, donde se valora y utiliza el aprendizaje en el lugar de trabajo en la aplicación de nuevos enfoques. **CONCLUSIONES:** Los aportes logrados evidencian la necesidad de implementar esta práctica en los servicios para personas con trastornos mentales, ya que de esta manera, será posible consolidar el aprendizaje en el lugar de trabajo, la inserción del usuario en la identificación de problemas, la construcción de soluciones y la consolidación del trabajo en equipo.

Palabras Clave: Educación continua; Educación en enfermería; Salud mental; Relaciones interpersonales.

INTRODUÇÃO

O transtorno psiquiátrico é uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento do funcionamento mental, que estão frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidades significativas que afetam o indivíduo e suas relações (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Apesar dos anos de segregação vivenciados por pessoas que enfrentaram algum transtorno, é na década de 80 que uma nova perspectiva de modelo assistencial surge, em substituição ao modelo asilar. Este movimento inicia-se no estado de São Paulo, posteriormente, no estado da Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro, trazendo a necessidade de pensar-se em um modelo de assistência integrado, não mais centrado na doença, mas no indivíduo (Brasil, 2005).

Este estudo se justifica por entender que a Educação Permanente em Saúde (EPS), assim como a Enfermagem Psicodinâmica proposta por Hildegard Peplau, possuem aplicabilidade relevante na (re)socialização dos indivíduos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial, ampliando as possibilidades de troca de saberes e a identificação dos problemas reais, a fim de melhorar o processo de trabalho, propondo refletir sobre o impacto da EPS na efetivação da integralidade do cuidado (Brasil, 2009; Peplau, 1993).

Importa mencionar que este trabalho é um recorte da dissertação do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e contém a construção do referencial teórico.

Como objetivo, espera-se proporcionar uma reflexão teórica/filosófica, da prática de Educação Permanente nas construções teóricas de Enfermagem de Peplau sobre a integralidade do cuidado na rede de atenção em saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo reflexivo sobre a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Centro de Atenção Psicossocial à partir dos conceitos suscitados por Hildegard Peplau, que define a Enfermagem Psicodinâmica como sendo a capacidade de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas (Peplau, 1993).

RESULTADOS

Aspecto Histórico da Educação em Peplau

A contribuição de Hildegard Peplau nasce de sua preocupação, expressada no curso de sua vida profissional. Considerada a mãe da Enfermagem Psiquiátrica, nascida em 1931, na Pensilvânia, faleceu em 1999 durante o sono, seguida de seis filhos, iniciou sua carreira em 1931, cursou bacharelado em Psicologia Interpessoal no ano de 1943, mestrado em Enfermagem Psiquiátrica em 1947 e teve seu doutoramento em 1953. Peplau influenciou diretamente o avanço dos padrões profissionais, educativos e práticos da Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A identificação da vida de Peplau se faz relevante nesse aspecto, posto que exerceu influência direta sobre sua produção, a mais importante delas, “Teoria das Relações Interpessoais”, uma teoria de médio alcance centrada na relação doente-enfermeiro. Onde o doente era tido como objeto da ação de Enfermagem, e a assistência prestada deveria ser pra ele e por ele, que a partir da conceitualização de Peplau passou a ser visto como parceiro no processo de cuidar (Carvalho, 2012; George, 2000). Defensora do empoderamento da Enfermagem, que tinha sua assistência limitada aos hospitais psiquiátricos, defendeu vigorosamente que estes profissionais deveriam ser mais instruídos (Tomey & Alligood, 2004).

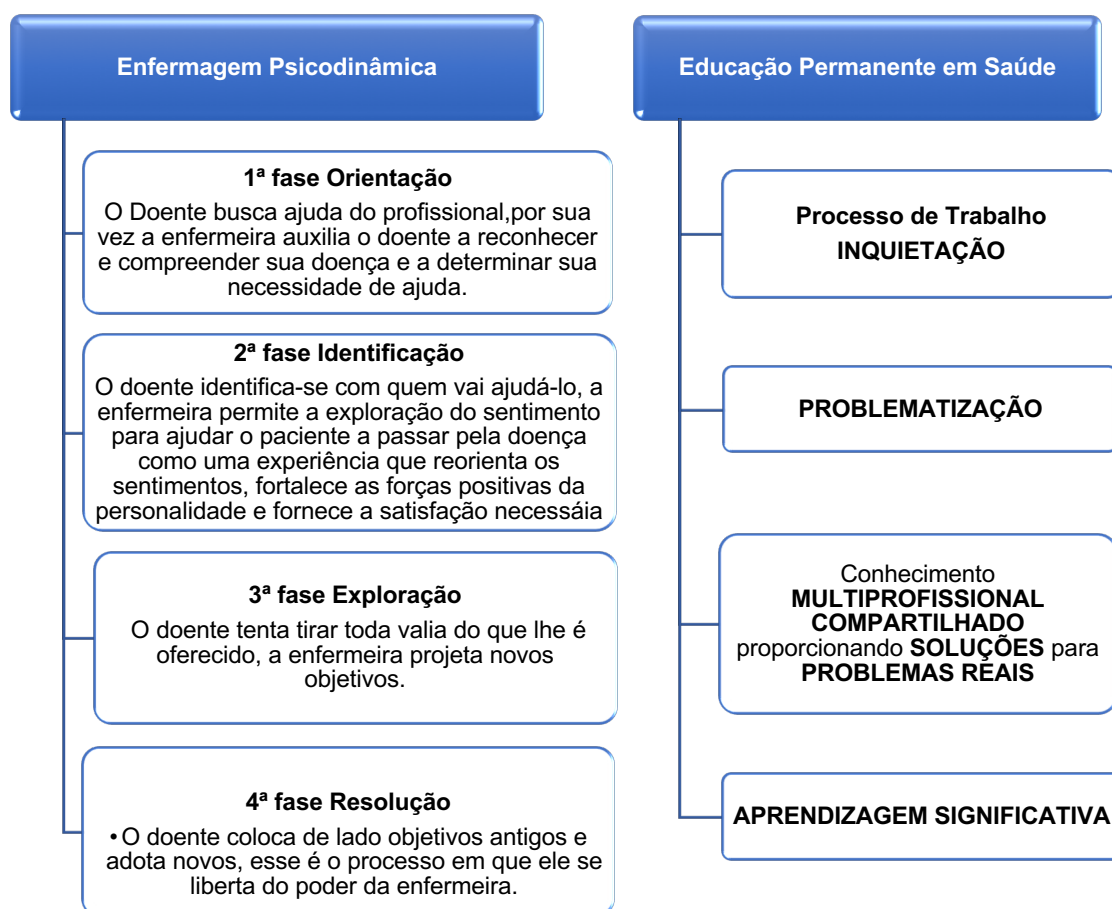
Tinha como ponto de partida a enfermagem como força educativa de maturação através do aprendizado empírico, incentivava a abordagem indutiva que advinha da contemplação de acontecimentos empíricos utilizados como referência na compreensão de eventos específicos ou similares, defendendo a assistência holística e integralizada na garantia do cuidado efetivo (Cortez, 2012; George, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Corroborando ao texto, cabe mencionar as produções de Peplau, onde destaca-se o pragmatismo assertivo da Enfermagem Psicodinâmica, que vai convenientemente ao encontro das diretrizes de Educação Permanente, apesar de precedê-la cronologicamente.

Peplau define a Enfermagem Psicodinâmica como a capacidade de compreender o comportamento de uns para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiências (Tomey & Alligood, 2004).

Para tal, Peplau dividiu sua teoria em quatro etapas; e descreveu os diversos papéis exercidos pelos profissionais durante a realização da assistência, possuindo como foco a busca por respostas para as necessidades do “doente”, visando a identificação e a resolução de seus problemas de saúde (Silva, Costa, Silva, Oliveira, Almeida, Fernandes, 2015). Desta forma, sua teoria favorece a interação, a relação horizontal, e a aprendizagem compartilhada e em conjunto entre os indivíduos. A partir da teoria de Peplau e da Política Nacional de Educação Permanente, o Quadro 1 foi construído de modo a elucidar informações complementares.

Quadro 1 – Esta descrita em quatro etapas



Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em sintonia com o descrito, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), é uma proposta ético – político – pedagógica que objetiva transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial. É ainda incentivada pelo SUS de forma a promover a integração entre ensino e serviço, proporcionando, assim, uma reflexão crítica sobre a possibilidade de aprender e ensinar no cenário laboral, o que evidencia significativa melhora da prática assistencial (Peixoto *et al.*, 2013).

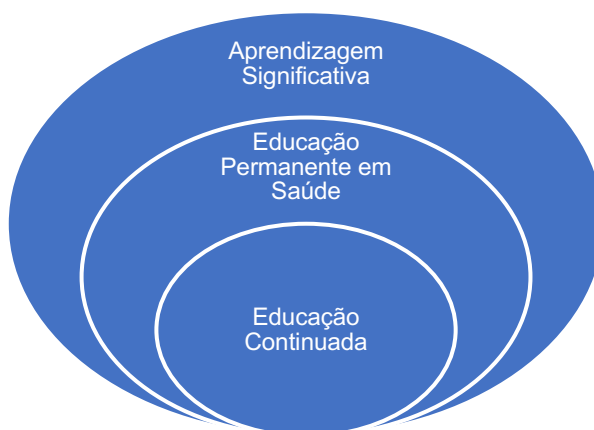
Em consonância com o já exposto, a Educação Permanente permite aos profissionais serem protagonistas dentro de sua práxis, deixando a passividade e o conformismo de lado, possibilitando a transformação, a valorização do trabalhador, o fortalecimento da equipe e possibilita a participação ativa na tomada de decisão.

É na Educação Permanente que está a perspectiva de articulação entre as ações de aprendizado nos contextos organizacionais, uma vez que os problemas eleitos são os do cotidiano. Isto por estar inserida no local de serviço e volta-se para a construção conjunta de soluções para os problemas identificados. Desta maneira, incorpora o ato de ensinar e aprender nas organizações transformando-as práticas profissionais (Brasil, 2009).

DISCUSSÃO

A busca por autores que pudessem validar a reflexão aqui abordada nos levou a necessidade de esclarecer que, embora com terminologias diferenciadas, a Educação Permanente contempla algumas das ações sugeridas pela Educação Continuada, no entanto a educação continuada, em função de seu método, não tem o alcance e efetividade favorecida pela Educação Permanente. No Quadro 2, um recurso visual representa as diversas modalidades de educação propostas no cenário laboral.

Quadro 2 – Diferentes modalidades de educação em saúde



Cabe ressaltar que a aprendizagem significativa proposta pela EPS, além de valorizar o profissional e buscar soluções para os problemas reais, permite a inclusão do usuário no processo de construção do saber de forma ativa e não somente como objeto do cuidado prestado.

Portanto, foram encontradas reflexões em um estudo que teve por foco conhecer as necessidades da família cuidadora de uma pessoa com transtorno mental no atual modelo de atenção à saúde. Neste contexto, além da inclusão da pessoa com transtorno mental nos serviços comunitários, é preciso vínculo entre ela, sua família e o profissional que oferece assistência nos serviços, pois assim se estabelece uma relação de confiança no cuidado. Como resultado, a família consegue expressar suas necessidades, ou seja, recebe uma escuta que abrange o trabalho baseado nos pressupostos do cuidado integral e humanizado à saúde mental (Bessa & Waidman, 2013).

Há uma inter-relação entre Enfermagem e Educação Permanente, quando Peplau descreve a Enfermagem como força de amadurecimento e instrumento educativo que aspira fomentar o progresso da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, onde tanto a Enfermagem quanto a pessoa envolvida na ação interpessoal constituem uma experiência de aprendizagem do sujeito “eu”, permitindo ao profissional questionar sua função, suas ações, seus saberes e a efetividade de suas contribuições durante o processo de trabalho, onde tanto a Enfermagem quanto o usuário constituem uma experiência de aprendizagem (Tomey & Alligood, 2004).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É evidenciada a pouca produção existente sobre a Educação Permanente e a Enfermagem Psicodinâmica descrita por Peplau como possibilidade de (re)inserção psicossocial dos usuários com transtorno mental. A dificuldade encontrada frente às poucas publicações nos permitiu que observássemos uma relativa produção científica em repositórios acadêmicos, documentos quais não foram publicados em revistas indexadas.

CONCLUSÃO

Tratar das contradições do processo de trabalho em saúde e do aprendizado no cenário laboral constitu-se em um desafio para todos os que se preocupam com a temática. Impõe-se que a discussão seja enfrentada em uma perspectiva contextualizada, questionando, analisando e revendo as concepções da educação em serviço e sua inserção junto à prática. Sabe-se que a qualificação profissional, norteada pelos problemas reais emergidos no cenário laboral garante mudanças na qualidade dos serviços oferecidos à população e esta assistência assume um alcance que vai além da qualificação dos profissionais que a executam. Os conceitos estabelecidos por Hildegard Peplau permitem a reflexão sobre as

diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma vez que possibilita a articulação entre as etapas da Aprendizagem Significativa e a da teoria da Enfermagem Psicodinâmica.

Em Peplau, a Psicodinâmica adquire potencialidade a partir da prática da Educação Permanente, reforçando a existência de diversas maneiras de se produzir a Aprendizagem Significativa. As contribuições alcançadas, demonstram a necessidade de implementação desta prática nos serviços destinados ao portador de transtorno mental, pois, desta forma, será possível consolidar a aprendizagem no local de trabalho, a inserção do usuário na identificação dos problemas, a construção das soluções e a consolidação do trabalho em equipe. Por fim, a escolha de Peplau como referencial teórico, em uma pesquisa que aborde a Educação Permanente em Saúde, é adequada e pertinente, pois pode-se identificar a proximidade das fases da teoria da Enfermagem Psicodinâmica às etapas da EPS.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O diálogo proposto visa agregar saberes à educação em saúde. Além disto, intenciona o resgate das teorias de enfermagem, apontando o quanto é possível adequá-la às demandas atuais na construção do saber.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Bessa, J. B. & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto – Enfermagem*. 22(1), 61-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, M. B. (2012). *Psiquiatria para a enfermagem*. São Paulo, Brasil: Rideel.
- Cortez, E. A. (2012). Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde: reflexões para o cuidado de Enfermagem [editorial]. *Online Brazilian Journal of Nursing*. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.2012S001>.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática Profissional* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas Sul.

Peixoto, L. S.; Gonçalves, L. C.; Costa, T. D.; Tavares, C. M. M.; Cavalcanti, A. C. D. & Cortez, E. A. (2013). Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, 12(29), 307-322.

Peplau, H. E. (1993). *Relaciones interpersonales en Enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Silva, J. P. G.; Costa, K. N. F. M.; Silva, G. R. F.; Oliveira, S. H. S.; Almeida, P. C. & Fernandes, M. G. M. (2015). Consulta de Enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. *Escola Anna Nery*, 19(1), 154-161. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150021>.

Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – modelos e teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures, Portugal:

Risco e de proteção ao uso de drogas entre escolares de um município brasileiro

Andrea Ruzzi-Pereira*, **Jair Lício Ferreira Santos****, **Sybelle de Souza Castro***** & **Erika Renata Trevisan******

*Doutora em Ciências Médicas; Professora Adjunta no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Rua Vigário Carlos, nº 100, Bairro Abadia.4º piso. sala 416. 38025-350, Uberaba, Brasi.l E-mail: andrea.pereira@uftm.edu.br

**Doutor em Saúde Pública; Professor Titular - Colaborador Sênior - da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 14049-900, Ribeirão Preto, Brasil. Email: jalifesa@usp.br

***Doutora em Enfermagem em Saúde Pública; Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 38025-350, Uberaba, Brasi.l E-mail: sybelle.castro@uftm.edu.br

****Doutora em **Atenção à Saúde**; Professora Adjunta no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 38025-350, Uberaba, Brasi.l E-mail: erikatouftm@hotmail.com

Os dados empíricos deste trabalho são parte integrante tese de doutorado “Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba – MG: fatores de risco e de proteção”, defendida em julho de 2015 por Andrea Ruzzi Pereira, sob a orientação de Jair Lício Ferreira Santos.

RESUMO

CONTEXTO: O uso de drogas durante a adolescência pode prejudicar o desenvolvimento do indivíduo. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas públicas municipais de Uberaba, Brasil; e de descrever e analisar fatores de risco e de proteção ao uso de drogas entre os adolescentes participantes da pesquisa. **MÉTODOS:** Pesquisa transversal, correlacional de abordagem quantitativa. Envolveu 685 participantes, sendo 347 adolescentes e 338 responsáveis por esses adolescentes. A coleta de dados ocorreu em 2014, por meio dos instrumentos: Drug Use Screening Inventory; Escalas de Exigência e Responsividade Parental versões para adolescentes e para pais e/ou responsáveis; e Social Support Appraisals. Foram realizados testes e medidas de correlação do tipo Não Paramétrico. **RESULTADOS:** Os adolescentes relataram uso de várias substâncias, com maior uso de álcool (52,9%). O estilo parental predominante na percepção de pais/responsáveis e filhos foi o autoritativo, mas a percepção que os pais têm sobre ele não tem associação com a prevalência e com problemas relacionados ao uso, embora o negligente sim. O apoio social

foi percebido como muito baixo, sendo os professores a melhor fonte e a família a que provê menor apoio. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que os adolescentes estão consumindo vários tipos de drogas; que o estilo parental autoritativo pode proteger, mas o negligente é risco para o uso dessas substâncias; e que o apoio social pode ser protetivo ao uso nocivo de drogas.

Palavras-Chave: Fatores de risco; Fatores de proteção; Detecção do abuso de substâncias; Adolescente.

ABSTRACT

BACKGROUND: Drug use during adolescence can impair the individual's development. **AIM:** To assess the prevalence of problems related to the use of alcohol and other drugs among students in the 8th and 9th years of elementary school in municipal public schools in Uberaba, Brazil; and to describe and analyze risk and protective factors for drug use among adolescents participating in the research. **METHODS:** Cross-sectional, correlational research with a quantitative approach. It involved 685 participants, 347 of whom were adolescents and 338 responsible for these adolescents. Data collection took place in 2014, using the instruments: Drug Use Screening Inventory; Parental Requirement and Responsibility Scales versions for teenagers and for parents and / or guardians; and Social Support Appraisals. Tests and correlation measures of the Nonparametric type were performed. **RESULTS:** The adolescents reported using several substances, with greater use of alcohol (52.9%). The predominant parenting style in the perception of parents / guardians and children was authoritative, but the perception that parents have about it has no association with prevalence and problems related to use, although the negligent one does. Social support was perceived as very low, with teachers being the best source and the family providing the least support. **CONCLUSIONS:** It is concluded that adolescents are consuming several types of drugs; that the authoritative parenting style can protect, but the negligent is a risk for the use of these substances; and that social support can be protective against harmful drug use.

Keywords: Risk factors; Protective factors; Substance abuse detection; Adolescent.

RESUMEN

CONTEXTO: El consumo de drogas durante la adolescencia puede afectar el desarrollo del individuo. **OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de 8º y 9º año de la escuela primaria en escuelas públicas municipales de Uberaba, Brasil; y describir y analizar los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas entre los adolescentes que participan en la investigación.

METODOLOGÍA: Investigación transversal, correlacional con enfoque cuantitativo. En él participaron 685 participantes, 347 de los cuales eran adolescentes y 338 responsables de estos adolescentes. La recolección de datos se realizó en 2014, utilizando los instrumentos: Inventario de Cribado de Uso de Drogas; Versiones de Escalas de Responsabilidad y Requisitos de los Padres para adolescentes y para padres y / o tutores; y tasaciones de apoyo

social. Se realizaron pruebas y medidas de correlación de tipo No paramétrico.

RESULTADOS: Los adolescentes refirieron consumir varias sustancias, con mayor consumo de alcohol (52,9%). El estilo de crianza predominante en la percepción de los padres / tutores e hijos fue autoritario, pero la percepción que los padres tienen al respecto no tiene asociación con la prevalencia y los problemas relacionados con el uso, aunque sí la negligente. El apoyo social se percibió como muy bajo, siendo los profesores la mejor fuente y la familia el que menos apoyo. **CONCLUSIONES:** Se concluye que los adolescentes consumen varios tipos de drogas; que el estilo de crianza autoritario puede proteger, pero la negligencia es un riesgo por el uso de estas sustancias; y que el apoyo social puede proteger contra el uso nocivo de drogas.

Palabras Clave: Factores de riesgo; Factores protectores; Detección de abuso de sustancias; Adolescente.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas durante a adolescência pode prejudicar o desenvolvimento normal do indivíduo e resultar em uso crônico, levando em longo prazo a problemas de saúde e morte precoce (Jordan & Andersen, 2017).

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia o uso. Geralmente, os adolescentes iniciam suas experiências com as drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, no ambiente familiar. Após, recorrem às ilícitas para aumentar o seu prazer, procurar outras emoções ou fugir de seus problemas (Brasil, 2010; Gallimberti et al., 2015).

Em 2009, o Brasil realizou o Relatório Brasileiro sobre Drogas, uma fonte unificada de informações cuja meta final era subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas setoriais nessa área. Esse documento reúne informações dos levantamentos domiciliares e com estudantes, realizados em 2001, 2004, 2005 e 2007. Em todos eles, os resultados mostram que a população vem consumindo álcool cada vez mais cedo, em torno dos nove aos quatorze anos de idade, que as mulheres vêm aumentando o consumo de substâncias, sendo que no caso do álcool já se igualaram à população masculina (Brasil, 2010). E em 2010, foi realizado o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, com 50.890 estudantes (Carlini et al., 2010). Este levantamento reafirma o crescente uso de todas as substâncias pelos jovens brasileiros.

Assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental das escolas públicas municipais de Uberaba, Brasil; e de descrever e analisar fatores de risco e de proteção ao uso de drogas entre os adolescentes participantes da pesquisa.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva correlacional de abordagem quantitativa. O estudo envolveu 685 participantes, sendo 338 responsáveis e 347 adolescentes, alunos do 8º e 9º anos do ensino fundamental de escolas municipais de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados ocorreu em 2014, por meio dos instrumentos: DUSI - *Drug Use Screening Inventory* (De Micheli & Sartes, 2008); Escalas de Exigência e Responsividade Parental (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004); e *Social Support Appraisals SSA* - reduzida (Squassoni, Matsukura, & Panúncio-Pinto, 2016).

Uberaba é uma cidade localizada no interior de Minas Gerais, Brasil, com cerca de 320 mil habitantes. Conta com 20 escolas municipais de ensino fundamental localizadas na cidade, com 2340 alunos frequentando as últimas séries do ensino fundamental, tendo sido entregues 2220 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para alunos e seus responsáveis. Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística de conveniência.

No dia e horário previamente combinados, os adolescentes cujos termos estavam assinados pelos responsáveis dirigiam-se a um espaço destinado pela direção das escolas para responderem aos instrumentos da coleta, que durou cerca de 30 minutos em cada escola.

As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas, preferencialmente, pelo teste exato de Fisher, ou quando os instrumentos computacionais não o permitiam, pelo teste de Qui Quadrado. As comparações entre os escores de dois grupos foram realizadas pelo teste de Mann Whitney e as que envolviam mais de dois grupos pelo teste de Kruskal-Wallis (Siegel & Castellan, 2006). Todos os testes foram realizados admitindo-se como probabilidade de erro de primeira espécie o valor (alfa) de 5%.

RESULTADOS

Participaram 347 adolescentes, em sua maioria do sexo feminino (62,82%), com idade entre 13 e 18 anos. A maior parte dos participantes (56,3%) encontrava-se no oitavo ano escolar. Os adolescentes relataram uso de várias substâncias, com maior uso de: álcool (52,9%), seguido por analgésicos sem prescrição médica (52,33%), tabaco (10,08%), tranquilizantes (6,15%) anfetaminas (4,25%), e maconha (3,46%) nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Em seguida, procedeu-se a análise das variáveis independentes: apoio social e estilo parental e, posteriormente, a correlação destas com os problemas relacionados ao uso de substâncias pelos escolares.

Os resultados obtidos no SSA mostram que os adolescentes avaliam o apoio social percebido como muito baixo, mas avaliam os professores como a fonte mais suportiva. A família é a fonte percebida como menos suportiva por eles.

Os resultados não apresentaram significância estatística quando avaliado o apoio social por sexo e por grupo etário, mas os alunos que declararam menor renda familiar percebem o apoio social como mais baixo.

De acordo com as Escalas de Exigência e Responsividade Parental para pais e/ou responsáveis, o estilo parental predominante é o autoritativo, para os pais e para as mães, mas a percepção que os pais têm sobre ele não tem associação com a prevalência e com os problemas relacionados ao uso de drogas.

Os alunos mais jovens percebem as mães e os pais como mais exigentes do que os alunos mais velhos, assim como os que declararam maior renda familiar. Quanto à responsividade materna e paterna, não foram encontradas diferenças estatísticas significantes por sexo, grupo etário e classificação econômica.

Por fim, foram analisados os resultados obtidos sobre o uso de álcool e outras drogas com o estilo parental e com as categorias do apoio social.

Obteve-se que o estilo parental materno influencia no uso de substâncias, sendo que os filhos de mães autoritárias parecem estar mais protegidos do uso de álcool e tabaco combinados e é o menor grupo entre os usuários de álcool associado às drogas ilícitas; os filhos de mães autoritárias são o maior grupo entre os usuários de drogas ilícitas (sem uso de álcool e sem uso de tabaco) e o maior grupo entre usuários de drogas lícitas (uso de álcool e tabaco combinados), mas o estilo parece proteger do uso de todas as drogas combinadas.

O estilo parental materno permissivo predomina no grupo de usuários de álcool e drogas ilícitas combinadas e de usuários de álcool apenas (sem o uso de tabaco ou de drogas ilícitas), sendo o menor grupo entre os usuários de drogas ilícitas apenas (sem associação com álcool ou tabaco) e, na contramão desses resultados, também são o maior grupo dentre os escolares que não consomem nenhum tipo de drogas.

Os filhos de mães negligentes parecem ser mais suscetíveis ao uso de drogas lícitas e ilícitas combinadas, embora sejam o menor grupo dentre os usuários de drogas ilícitas apenas (sem associação do uso de álcool ou de tabaco).

A análise das correlações entre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e apoio social por categorias, mostrou que adolescentes que percebem mais apoio social advindo da família tem mais risco para o uso de todas as drogas; o apoio social advindo dos professores se mostrou protetivo ao uso de drogas, sendo os adolescentes que o percebem como alto o maior grupo entre os abstêmios. Não foram encontradas correlações entre o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas e o apoio social de amigos e de outras fontes.

DISCUSSÃO

Estudos mostram a preocupação da Saúde Pública com o uso de álcool e outras drogas por adolescentes muito jovens, pois seu uso extemporâneo está associado ao envolvimento em

assaltos, início precoce das atividades sexuais e a tornar-se bebedor de longa data e dependente. Além desses danos, a literatura aponta a associação do uso prematuro do álcool com o comportamento *binge* e a associação com outras drogas (Dallo & Martins, 2018).

Os participantes, no geral, avaliaram o apoio social percebido como muito baixo, sendo os professores avaliados como a melhor fonte e o apoio social advindo da família o mais baixo. A literatura aponta que uma mudança no ambiente social escolar pode diminuir o uso de drogas pelos adolescentes, e que a relação aluno-professor e brigas na escola possuem associação consistente com o uso de substâncias psicoativas (Tatmatsu et al., 2020). Piko & Kovács, 2010 também mostraram a relação positiva de professores e alunos como um fator protetivo. Estar feliz com a escola e falar sobre problemas com professores podem ser fatores protetivos ao uso de drogas para adolescentes.

Quanto ao estilo parental, a literatura aponta que a maior exigência sobre os filhos mais novos atua como um fator de proteção ao uso de substâncias. A maior vulnerabilidade na adolescência, associada ao menor acompanhamento parental, por sua vez, pode aumentar o risco do uso problemático entre os adolescentes mais velhos (Zehe & Colder, 2014).

O estilo parental autoritativo pode diminuir o comportamento de busca por sensações de filhos adolescentes, ligadas ao uso de drogas, promover diminuição do uso das substâncias e a influência dos pares na adolescência. Pais autoritativos mantêm relacionamentos mais próximos de seus filhos e os estimulam a se envolverem com atividades saudáveis (Kaynak et al., 2013; Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012).

A exigência parental, principalmente o monitoramento, está associada à proteção ao uso de substâncias e ao envolvimento em situações de risco (Piko & Kovács, 2010). Por sua vez, pais menos exigentes estão associados ao uso de drogas na infância e adolescência e ao envolvimento com amigos delinquentes (Kaynak et al., 2013; Noffsinger et al., 2012).

Práticas parentais inconsistentes têm sido relacionadas ao uso do álcool na adolescência, ao passo que evidências sugerem que atitudes parentais negativas em relação ao álcool, refletidas na desaprovação, regras que proíbem o álcool em casa e consequências claras de ser pego bebendo são associadas com baixo risco para o uso de álcool na adolescência (Zehe & Colder, 2014).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os adolescentes estão consumindo vários tipos de drogas; que o estilo parental autoritativo pode proteger os adolescentes do uso abusivo de drogas, mas o negligente oferece risco para o uso dessas substâncias; e que o apoio social pode ser protetivo ao uso nocivo de drogas.

É importante compreender que há a necessidade de trabalhar com os pais, pois são o primeiro contato dos filhos com as drogas e que esta relação da família como apoio aos adolescentes

pode ser protetiva, mas a falta dela é fator de risco; também se faz necessário mostrar aos professores que a relação positiva que estabelecem com os jovens é um caminho que pode surtir mais efeitos positivos na prevenção de problemas relacionados ao uso de drogas do que campanhas informativas nas escolas, e ajudá-los a melhorá-las, principalmente na rede pública onde esses profissionais estão bastante desgastados, por vezes com tripla jornada de trabalho.

Também é necessário considerar diferenças culturais nos fatores de risco e de proteção, ou seja, alguns resultados deste estudo que diferem dos achados na literatura internacional podem ser uma característica da região onde ele foi desenvolvido.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Este estudo possibilita a compreensão de vários fatores que podem influenciar positiva e negativamente na relação que o adolescente estabelece com as drogas e com o uso delas. A partir desta compreensão, possibilita trabalho educativo e de fortalecimento de fatores protetivos, bem como o estabelecimento de políticas Públicas mais efetivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, P. da República. S. N. de P. sobre D. (2010). *I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras* (p. 284). Brasília: GREA/IPQ-HCFMUSP. Recuperado de GREA/IPQ-HCFMUSP website: <http://www.palestras.diversas.com.br/Nelson%20-%20Temas%20Diversos%20XXXI/Levantamento%20Nacional%20Sobre%20Drogas.pdf>
- Carlini, E. L. A., Noto A. R., Sanchez, Z. V. D. M., Carlini, C.M.A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., & et al. (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo/Brasília: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Recuperado de CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. website: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11461&rastr=PUBLICA%C3%87%C3%95ES%2FRelat%C3%B3rios+de+pesquisa/Nacionais
- Dallo, L., & Martins, R. A. (2018). Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 303–314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.14282015>

- De Micheli, D., & Sartes, L. (2008). Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Recuperado 26 de maio de 2017, de http://www.vs2.com.br/cursos_html/Drogas_IFMG_2013/8_MOD_III_Cap3_DUSI_T_ASI.pdf
- Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Lion, C., Terraneo, A., Marini, E., ... Baldo, V. (2015). Prevalence of substance use and abuse in late childhood and early adolescence: What are the implications? *Preventive Medicine Reports*, 2, 862–867. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.09.018>
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.10.004>
- Kaynak, Ö., Meyers, K., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Winters, K. C., & Arria, A. M. (2013). Relationships among parental monitoring and sensation seeking on the development of substance use disorder among college students. *Addictive Behaviors*, 38(1), 1457–1463. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.003>
- Noffsinger, S., Clements-Nolle, K., Bacon, R., Lee, W., Albers, E., & Yang, W. (2012). Substance Use and Fighting among Male and Female High School Youths: A Brief Report. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21(2), 105–116. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.636706>
- Piko, B. F., & Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35(1), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.08.004>
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Artmed.
- Squassoni, C. E., Matsukura, T. S., & Panúncio-Pinto, M. P. (2016). Versão brasileira do Social Support Appraisals: Estudos de confiabilidade e validade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p1-11>
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>
- Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., Prette, Z. A. P. D., Tatmatsu, D. I. B., Siqueira, C. E., & Prette, Z. A. P. D. (2020). Public policies for drug abuse prevention in Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040218>
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 01–12. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712004000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Zehe, J. M., & Colder, C. R. (2014). A latent growth curve analysis of alcohol-use specific parenting and adolescent alcohol use. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1701–1705. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.003>

Estratégias de construção do habitar em Residências Terapêuticas: reflexões conceituais sobre autonomia e protagonismo social

Erika Renata Trevisan*, **Rodolfo Cândido da Silva****, **Sybelle de Souza Castro*****
& **Andrea Ruzzi Pereira******

*Doutora; Terapeuta Ocupacional; Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Rua Manoel Coelho, 199, ap 301, CEP 38055-600, Uberaba – MG, Brasil. E-mail: erikatouftm@hotmail.com

**Bacharel; Psicólogo; Coordenador dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, CEP 38022-200, Uberaba – MG, Brasil. E-mail: rodolfocandidops@gmail.com

***Doutora; Enfermeira; Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, CEP 38025-180, Uberaba – MG, Brasil. Email: castro.sybelle.souza@gmail.com

****Doutora em Ciências Médicas; Professora Adjunta no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, CEP 38025-350, Uberaba, Brasil E-mail: andrea.pereira@uftm.edu.br

RESUMO

CONTEXTO: As Residências Terapêuticas (RT) são dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e dão sustentabilidade à desinstitucionalização de pessoas com longa permanência em instituições psiquiátricas no Brasil. **OBJETIVO(S):** Discutir a importância do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social para a construção do habitar nas RT. **MÉTODOS:** Essas reflexões são resultados de intervenções realizadas pelos profissionais de Terapia Ocupacional com 34 moradores de quatro RT em um município do estado de Minas Gerais – Brasil, iniciado em 2018. As análises basearam-se nos registros diários e no Projeto Terapêutico Individual. As intervenções são definidas com foco nos desejos, perspectivas e peculiaridades dos moradores. **RESULTADOS:** O resgate da singularidade no cotidiano do habitar e da apropriação dos espaços públicos, buscam o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social por meio da ampliação das relações afetivas, sociais e produtivas, partindo do resgate da subjetividade em suas dimensões individual e coletiva, por meio do desenvolvimento de locais de exposição, acolhimento e debate, onde os moradores encontram caminhos para transformarem o cotidiano - de institucionalizados e tutelados, para sujeito social e histórico, na perspectiva da inclusão social, no exercício da autonomia e inclusão social. **CONCLUSÕES:** A partir do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social que são abandonados nas práticas manicomiais de silenciamento e alienação das forças e potências desses moradores, capazes

de romper o ciclo de exclusão e serem a voz aos seus sentimentos, verdades, crenças e sonhos, com o imperativo ético-político da liberdade e da inclusão social.

Palavras-Chave: Saúde mental; Serviços Residenciais Terapêuticos; Autonomia; Participação Social.

ABSTRACT

BACKGROUND: Therapeutic Residences (RT) are devices that make up the Psychosocial Care Network and give sustainability to the deinstitutionalization of people with long stays in psychiatric institutions in Brazil. **AIM:** Discuss the importance of the development of autonomy and social protagonism for the construction of living in RT. **METHODS:** These reflections are the result of interventions carried out by Occupational Therapy professionals with 34 residents of four RTs in a municipality in the state of Minas Gerais - Brazil, started in 2018. The analyzes were based on the daily records and the Individual Therapeutic Project. The interventions are defined with a focus on the wishes, perspectives and peculiarities of the residents. **RESULTS:** The rescue of the singularity in the daily living and appropriation of public spaces, seeks the development of autonomy and social protagonism through the expansion of affective, social and productive relationships, starting from the rescue of subjectivity in its individual and collective dimensions, through the development of spaces for exhibition, reception and debate, where residents find ways to transform their daily lives - from institutionalized and tutored, to social and historical subjects, from the perspective of social inclusion, in the exercise of autonomy and social protagonism. **CONCLUSIONS:** As a result of the development of autonomy and social protagonism, asylum practices are silenced and alienated from the forces and powers of these residents, capable of breaking the cycle of exclusion and being protagonists of their lives, with the ethical-political imperative of freedom and social inclusion. **Keywords:** Mental health; Therapeutic Home Services; Autonomy; Social Participation.

RESUMEN

CONTEXTO: Las Residencias Terapéuticas (RT) son dispositivos que integran la Red de Atención Psicosocial y dan sostenibilidad a la desinstitucionalización de personas con largas estancias en instituciones psiquiátricas en Brasil. **OBJETIVO(S):** Discutir la importancia de desarrollar la autonomía y el protagonismo social para la construcción del vivir en RT. **METODOLOGÍA:** Estas reflexiones son el resultado de intervenciones realizadas por profesionales de Terapia Ocupacional con 34 residentes de cuatro RT en un municipio del estado de Minas Gerais - Brasil, iniciadas en 2018. Los análisis se basaron en los registros diarios y el Proyecto Terapéutico Individual. Las intervenciones se definen con un enfoque en los deseos, perspectivas y peculiaridades de los residentes. **RESULTADOS:** El rescate de la singularidad en el cotidiano y apropiación de los espacios públicos, busca el desarrollo de la

autonomía y el protagonismo social a través de la expansión de las relaciones afectivas, sociales y productivas, partiendo del rescate de la subjetividad en sus dimensiones individual y colectiva, a través del desarrollo de espacios de exhibición, recepción y debate, donde los residentes encuentren formas de transformar su vida cotidiana - desde la institucionalización y tutoría, a los sujetos sociales e históricos, desde la perspectiva de la inclusión social, en el ejercicio de la autonomía y el liderazgo social. **CONCLUSIONES:** Como resultado del desarrollo de la autonomía y el protagonismo social, las prácticas de asilo son silenciadas y alienadas de las fuerzas y poderes de estos residentes, capaces de romper el ciclo de exclusión y ser protagonistas de sus vidas, con el imperativo ético-político de la libertad. e inclusión social.

Palabras Clave: Salud mental; Servicios terapéuticos a domicilio; Autonomía; Participación social.

INTRODUÇÃO

As Residências Terapêuticas (RT) configuram-se como dispositivos estratégicos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil e caracterizam-se como moradias que dão sustentabilidade à nova lógica de cuidados presentes na comunidade e com a finalidade de inclusão social (Massa et al., 2019).

A RAPS é constituída a partir de uma base comunitária e composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios, Atenção Básica, RT, Centros de Convivência e Cultura, leitos em hospitais gerais, entre outros serviços constituídos a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, iniciado no final da década de 1980 no Brasil, com ações que tem como eixo a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais com histórico de longa permanência em instituições psiquiátricas. O que norteia este ideário é a mudança do paradigma de exclusão e segregação por um modelo assistencial baseado no cuidado em liberdade (Brasil, 2005; Brasil & Ministério da Saúde, 2001; Massa et al., 2019).

As RT são moradias presentes nas comunidades e dessa forma, sua função ultrapassa uma resposta à cronificação e à segregação social, vai além, como um dos dispositivos de cuidado que aborda uma das modalidades mais difíceis da Reforma Psiquiátrica, o habitar, uma vez que essas são casas para moradores antes segregados nos hospitais psiquiátricos. O cuidado nas RT não pode correr o risco de reproduzir a tutela exercida no aparato manicomial, deve-se entender que é preciso agir para legitimar o morador como proprietário da casa, com direitos e deveres. Legitimar suas relações com os demais moradores, com os vizinhos, o comércio local e a cidade caracteriza-se pela compreensão da existência de cidadãos e não somente egressos de hospitais psiquiátricos (Roza Junior & Loffredo, 2018).

As RT têm relação íntima com o resgate da autonomia, do poder de contratualidade e das relações afetivas e sociais. Essa forma de cuidado rompe com a lógica da internação por períodos longos que resulta na perda de papéis que podem ser recuperados ou não. Em caso

negativo, a desfiliação ocorre com relação ao rompimento dos vínculos com o mercado de trabalho e nos laços sociais e familiares, gerando a invisibilidade social (Matos & Moreira, 2013), as RT surgem como uma estratégia de cuidado que busca o protagonismo social de seus moradores e o rompimento da lógica da exclusão social com a possibilidade de habitar e viver as cidades, com o desenvolvimento de intervenções que permitam maior porosidade ao tecido urbano, valorizando a subjetividade e potencialidade dos encontros, lutando contra a discriminação e pela heterogeneidade de cada ser, construindo redes de acolhimento e apoio, nas quais o diálogo e o convívio com a diversidade ganhem espaço nas cidades (Brasil, 2011; Paulon, 2017).

Nesse sentido, o sujeito passa a ser evidenciado nesse processo, os serviços de saúde mental se tornam dispositivos de apoio, de acolhimento e de cuidados fundamentados nas interações sociais, sem a necessidade de isolá-los do seu meio social, do cotidiano. O tratamento em saúde mental deixa de ser o protagonista da relação, passando esse papel para o sujeito, foco de nossas intervenções (Pacheco, Rodrigues, & Benatto, 2018).

A reflexão realizada nesse artigo parte da premissa que é fundamental que esses dispositivos de cuidado da RAPS sejam permanentemente avaliados e discutidos e, neste caso, produzir reflexões conceituais sobre a importância do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social para o desenvolvimento de estratégias de construção do habitar nas RT e ao mesmo tempo enfrentar os processos históricos de exclusão que as pessoas com transtornos mentais passam nas cidades em todas as suas dimensões, sejam de moradia, de trabalho, de participação comunitária, de exploração espacial, entre outras. Partindo do olhar voltado às demandas e necessidades do morador das RT de um município do interior de Minas Gerais, desenvolvemos um projeto singular que permite que esse sujeito construa o sentimento de pertencimento na cidade, resultando na apropriação dos espaços sociais e no cuidado em liberdade.

MÉTODO

Essas reflexões surgiram com base nas intervenções desenvolvidas no estágio supervisionado em Terapia Ocupacional (TO) com objetivo de desenvolver as habilidades dos moradores das RT para o habitar. Para o alcance desse objetivo foi necessário estabelecer estratégias para o resgate da identidade dos moradores das RT; o exercício da autonomia nas atividades de vida diária e de inclusão social e o protagonismo social por meio do aumento do poder da contratualidade, das trocas afetivas, sociais e produtivas.

As intervenções realizadas nas RT tiveram como ponto de partida a reorganização do cotidiano com ênfase na centralidade do sujeito, na consolidação da intersectorialidade e na articulação das dimensões política, técnica e socioculturais. As necessidades dos moradores das RT vão além da moradia e devem ser contextualizadas no modo de vida de cada sujeito,

As intervenções da TO foram desenvolvidas em quatro RT de um município do estado de Minas Gerais - Brasil, as atividades foram realizadas a partir da construção de um Projeto Terapêutico Individual (PTI), com objetivos a curto, médio e longo prazo. Os PTI foram discutidos e construídos com o próprio morador e com a equipe de cuidadores e coordenadores das RT. Para o alcance desses objetivos os atendimentos são feitos individualmente e em grupo, por meio de atividades que auxiliem no desenvolvimento de habilidades e possibilidades demandadas por cada morador, considerando seus desejos, perspectivas e peculiaridades. Essas intervenções ocorrem desde fevereiro de 2018, os PTI são atualizados semestralmente. As atividades realizadas são atividades lúdicas; de vida diária; de reconhecimento e apropriação da casa; relações interpessoais; de inclusão social, seja pelo trabalho, pela educação ou pela ocupação e trânsito nos espaços sociais e comunitários, a partir de ações intersetoriais.

São 34 moradores, com idades entre 18 e 78 anos, de ambos os sexos, todos passaram por longas institucionalizações e foram acolhidos nas RT, cada um a seu tempo e necessidade. Todas as RT possuem cuidadores 24 horas, ajudante de serviços gerais e coordenadores. As casas possuem quartos para duas ou três pessoas, sala, copa, cozinha, banheiros, área externa como varandas e lavanderia. Estão localizadas em bairros residenciais.

Os atendimentos da Terapia Ocupacional ocorrem duas vezes por semana, no período da tarde, as atividades são desenvolvidas nos espaços de convivência das casas e na comunidade. Os nomes e identificação dos moradores não serão incluídos nesse artigo que pretende, de forma generalista, refletir sobre as estratégias de construção do habitar, a partir dos conceitos de autonomia e protagonismo social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A autonomia como determinante da liberdade e das escolhas do morador.

Os moradores das RT, como qualquer outra pessoa, têm características singulares, que não podem ser descritas de forma genérica. Entretanto, no cotidiano das RT, percebemos que o processo de institucionalização vivenciado nas longas internações em instituições psiquiátricas pela maioria dos moradores, conduziu-os à despersonalização, ausência de desejos e de liberdade. A partir das intervenções da Terapia Ocupacional nas RT, essas características individuais são resgatadas no cotidiano do habitar e da apropriação dos espaços públicos. Com base no resgate das histórias de vida e peculiaridades de cada morador, é possível identificar quais são as ânsias e medos, os sonhos e desafios, as dificuldades e aptidões, entre outros fatores fundamentais para orientar a ação profissional de forma a potencializar as habilidades de cada morador.

Essa reflexão deriva do conceito de habilitação do sujeito a partir do habitar, permitindo a palavra, a voz, a opinião e as decisões sobre pequenas coisas de sua vida e de seu cotidiano.

Nesse cotidiano são considerados os aspectos individuais, coletivos e sócio-políticos. Os aspectos individuais estão relacionados à emancipação do sujeito, com aumento da autonomia e da liberdade na busca contínua e permanente do exercício da cidadania e da inclusão social. O aspecto coletivo possibilita o exercício do respeito e apoio mútuos entre os moradores da casa, promovendo o sentimento de pertencimento, práticas solidárias e de reciprocidade. O aspecto sócio-político se relaciona com o engajamento nas suas realizações, a corresponsabilização e a participação social na perspectiva da inclusão. Os espaços para essas habilitações se constituem como possibilidades de vivência e resolução de conflitos, de entendimento e ressignificação das relações sociais, reconstruindo aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais da vida cotidiana (Dutra, Bossato, & Oliveira, 2017).

As RT devem atuar como dispositivos facilitadores para tal reconstrução, propiciando a criação de novos vínculos sociais por meio da proposta de inclusão do morador à sociedade. Inserido nesse novo cenário social, é imprescindível a construção de um projeto individual de vida que se construirá subjetivamente, através de seus desejos e peculiaridades. O morador, obrigatoriamente, necessita resgatar e exercer sua autonomia para, de fato, ser o sujeito de sua própria história.

O conceito de autonomia é concebido por várias perspectivas teóricas e filosóficas e, nessa perspectiva, não deve ser entendido como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. O entendimento de autonomia é a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências e pode ser entendido como um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos. A co-constituição de autonomia depende de vários fatores, que incluem o próprio sujeito; as condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias; da existência de leis; do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações; da cultura em que está inserido; da possibilidade de fazerem suas escolhas de maneira independente, para que estas não sejam prejudicadas pelo seu processo de adoecimento (Campos et al, 2006; Dutra, Bossato, & Oliveira, 2017).

Nas RT as intervenções da TO buscam o desenvolvimento da autonomia por meio da ampliação das relações afetivas, sociais e produtivas, partindo do resgate da subjetividade do morador em suas dimensões individual e coletiva. Essas relações proporcionam o empoderamento para modificar o contexto em que está inserido e a si próprio, por meio de redes sociais de apoio que resultam em exercício de autonomia. Entretanto, não é esperado uma conquista de autonomia generalizada na vida do sujeito. Cada morador terá sucessos e desafios durante as diversas perspectivas que a vida oferece, esse conceito precisa estar muito claro e persistente, para não desencadear frustrações ao próprio morador e à equipe de cuidado.

O desenvolvimento da autonomia requer algumas condições mínimas, como o acesso às informações, a possibilidade de refletir sobre elas e agir sobre si mesmo e sobre o mundo a partir desse conhecimento da realidade. É o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Sujeito da reflexão e da ação, a capacidade em lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos. No cuidado em saúde, essas condições precisam ser garantidas por leis, por políticas públicas e dispositivos institucionais que as alimentem. Fortalecer a autonomia não significa defender unicamente a autodeterminação do sujeito, mas o fortalecimento de suas relações e a criação de espaços democráticos que possibilitem o seu exercício. A autonomia passa a ser uma das finalidades da política, da gestão e do trabalho em saúde, com a necessidade de reformulação dos valores políticos e conceitos teóricos que orientam o trabalho (Campos et al., 2006). A busca pela ampliação da autonomia envolve o fortalecimento das relações sociais e afetivas, por meio de redes de cuidado, com foco na ética de um sujeito de direitos e de desejos (Santos et al., 2019).

A despersonalização sofrida pelo processo de institucionalização, retira das pessoas não apenas sua singularidade, expressada nos anseios, na liberdade, nas preferências, mas retira também seus direitos básicos, de ir e vir, de ter aspirações, de ter documentos para ser reconhecido como cidadão, de ter protegida sua vida privada e de ser o protagonista de sua existência, entre outras características desse processo histórico de exclusão social. A compreensão das consequências sofridas deve servir de base para as intervenções.

Da tutela ao protagonismo social

O principal espaço de ação do sujeito é a cidade (Franco et al., 2015) e para assegurar isso, de acordo com os princípios da Reabilitação Psicossocial, é preciso que o indivíduo tenha o direito de ser diferente e viver de forma peculiar. Para a construção de um lar, de um espaço de significado e pertencimento, considera-se genuína e essencial a proposição de escutar, reconhecer e valorizar a fala desses moradores (Nóbrega & Veiga, 2017), para que as RT sejam um lugar de aconchego para o qual o sujeito possa voltar seguro após percorrer os territórios do mundo, tendo em vista que o espaço habitado é o ponto de partida para a autopercepção.

A desospitalização por si só não determina e transforma o modo de vida dos moradores, o cuidado desenvolvido nas moradias deve partir da premissa que a ampliação das relações sociais possibilita a habilitação do morador para a construção de sua vida, em permanente construção de sua subjetividade a partir das experiências harmônicas ou conflituosas, que fazem parte da vida cotidiana de todos nós.

É preciso favorecer nos moradores das RT a construção da percepção que a casa é o próprio lar, um espaço de proteção e está associada à ideia de um lugar de direitos e de respeito à individualidade (Nóbrega & Veiga, 2017), dessa forma, ao sujeito é permitido uma ação no mundo, junto aos outros sujeitos, a partir da possibilidade de ser diferente (Franco et al., 2015). As RT funcionam por meio de um movimento de conexão e apropriação das subjetividades e espaço de valorização da autonomia, que os conduz ao processo de retomada de decisões, enquanto sujeitos de direito, e de resgate da livre circulação e empoderamento de seus moradores (Nóbrega & Veiga, 2017). Os moradores apresentam também o desejo de ter um trabalho remunerado e o não alcance dessa possibilidade pode gerar um sentimento de culpa por não atender a requisitos impostos por qualificações para o mercado de trabalho, o que pode agravar o sentimento de baixa autoestima. Além disso, é perceptível a vontade de morarem sozinhos, a possibilidade de se relacionarem novamente com seus familiares, de reatarem laços fragilizados, ou criarem outros (Kantorki et al., 2014). Nesse processo é possível desenvolver o protagonismo social que lhes fora retirado no recurso da institucionalização.

Para o alcance desse protagonismo, são desenvolvidas intervenções com os moradores que os habilitem para a vida cotidiana, como os cuidados pessoais, a gestão coletiva das casas, a apropriação dos espaços comunitários, os relacionamentos interpessoais, entre os próprios moradores, os familiares remanescentes e as pessoas da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo dessas reflexões, as intervenções realizadas no cotidiano da moradia e da comunidade, possibilitou aos moradores, antes institucionalizados e tutelados, agora sujeito social e histórico, a criação de novas e construtivas dependências e relações sociais que estão além dos serviços de saúde, na busca do cuidado que intenta a aquisição e promoção da autonomia e participação social. A ampliação das trocas sociais, afetivas e produtivas proporciona no convívio social, a experiência de assumir o papel de cidadão, com a possibilidade de reconstrução de uma vida mais ampla e plena, a partir dos desafios apresentados pelo cotidiano, que são também ferramentas para a habilitação desses sujeitos. É a partir do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social, que são abandonadas práticas manicomial de silenciamento e alienação das forças e potências das pessoas com transtornos mentais. O resultado dessas transformações no modo de cuidar dessa população, será percebido quando esses moradores, cada vez mais, forem capazes de romper com o ciclo de exclusão e puderem ser o ator principal de suas vidas, com o imperativo ético e político da liberdade e da inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS.
- Brasil, & Ministério da Saúde. *Lei nº. 10216*. Pub. L. No. 10.216 (2001).
- Brasil, & Ministério da Saúde. *Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011*. (2011).
- Campos, R. T. O., Campos, G. W. de S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. de. (2006). Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. *Tratado de saúde coletiva*, 170, 669–688.
- Dutra, V. F. D., Bossato, H. R., & Oliveira, R. M. P. de. (2017). Mediating autonomy: An essential care practice in mental health. *Escola Anna Nery*, 21(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0284>
- Franco, R. F., Stralen, C. J. van, Franco, R. F., & Stralen, C. J. van. (2015). Psychiatric deinstitutionalization: From confinement to inhabiting in the city of Belo Horizonte. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 312–321. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p312>
- Kantorki, L. P., Cortes, J. M., Guedes, A. da C., Franchini, B., & Demarco, D. de A. (2014). O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(4). <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22923>
- Massa, P. A., Moreira, M. I. B., Massa, P. A., & Moreira, M. I. B. (2019). Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/interface.170950>
- Matos, B. G. de, & Moreira, L. H. de O. (2013). Serviço residencial terapêutico: O olhar do usuário. *Escola Anna Nery*, 17(4), 668–676. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130010>
- Nóbrega, M. do P. S. S., & Veiga, T. F. de M. (2017). O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*, 7. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=32840&indexSearch=ID>
- Pacheco, S. U. C., Rodrigues, S. R., & Benatto, M. C. (2018). *A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida*. 12(22), 18.
- Paulon, S. M. (2017). Quando a cidade “escuta vozes”: O que a democracia tem a aprender com a loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 775–786. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>
- Roza Junior, J. A., & Loffredo, A. M. (2018). Residências Terapêuticas e a cidade: Enfrentamentos de normas sociais vigentes. *Saúde em Debate*, 42, 287–295. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811623>

Santos, L. S. dos, Klein, C., Marsillac, A. L. M. de, & Kuhnen, A. (2019). Laços com a loucura: A cidade como espaço de promoção de saúde mental. *Barbarói*, 1(53), 208–226. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.1182>

Grupo Conscientização: um dispositivo de cuidado a partir das experiências dos adolescentes em vulnerabilidade social

Janaína Cristina Pasquini de Almeida¹, Ana Paula Ferreira²; Silvia Cristina Melenchon³, Antonio José Correa de Pauli⁴, Jaqueline Lemos de Oliveira¹, Jacqueline de Souza⁵

¹. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: janainajuma@hotmail.com e jaquelemos@usp.br

². Terapeuta Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III infanto juvenil, 17014-400, Bauru, SP, Brasil. E-mail: anapf.fer@gmail.com

³. Enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III infanto juvenil, 17014-400, Bauru, SP, Brasil. E-mail: sill_melenchon@hotmail.com

⁴. Gestor de Políticas Públicas. Mestrando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ajc.pauli@gmail.com

⁵. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jacsouza2003@usp.br

RESUMO

CONTEXTO: Apesar de haver uma vasta literatura sobre a mudança de modelo de atenção psiquiátrica brasileira, há poucos relatos sobre a operacionalização de práticas não medicamentosas ofertadas em serviços de base comunitária ao adolescente usuário de drogas. **OBJETIVO:** Nesse sentido, o presente relato descreve a operacionalização de um grupo realizado por enfermeiras e terapeuta ocupacional destinado a esse público. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato descritivo, de caráter educativo/formativo. A referida prática é promovida em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III infantojuvenil de um município no interior do estado de São Paulo, Brasil. São descritas as características do grupo, os recursos utilizados, considerações sobre o planejamento, etapas de execução e resultados identificados. **RESULTADOS:** Nota-se a participação ativa dos adolescentes a partir do momento em que são os principais responsáveis pela produção da discussão. A identificação entre os pares promove a percepção dos adolescentes quanto às suas semelhanças em situações de vulnerabilidade. Destaca-se a mobilização de sentimentos de colaboração, empatia, solidariedade entre os colegas e mudanças nas relações e comportamentos em outros ambientes. Funções cognitivas como memória, atenção, concentração, linguagem, raciocínio são exercitados no decorrer das atividades.

CONCLUSÃO: Destaca-se o grupo terapêutico com adolescentes usuários de drogas como uma prática efetiva e de baixo custo passível de ser aplicada em termos reflexivos e de autoconhecimento nos serviços de base comunitária.

Palavras-Chave: Adolescente; Drogas Ilícitas; Assistência à Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

ABSTRACT

BACKGROUND: Although there is a vast literature about the change in the Brazilian psychiatric care model, there are few reports on the operationalization of non-drug practices offered in community-based services to teenager drug users **AIM:** In this sense, the present report describes the operationalization of a group performed by nurses and occupational therapist for this audience. **METHODS:** It is a descriptive report, with an educational/formative character. This practice is promoted in a Psychosocial Care Center alcohol and other drugs III children and youth in a municipality in the State of São Paulo, Brazil. The characteristics of the group, utilized resources, considerations on planning, execution stages and identified results are described. **RESULTS:** The active participation of teenagers is noted from the moment They are primarily responsible for the production of the discussion. The identification among peers promotes the perception of adolescents regarding their similarities in vulnerable situations. The mobilization of feelings of collaboration, empathy, solidarity among colleagues and changes in relationships and behaviors in other environments stands out. Cognitive functions such as memory, attention, concentration, language and reasoning are exercised during the activities. **CONCLUSION:** The therapeutic group with teenager drug users stands out as an effective and low-cost practice that can be applied for self-knowledge and reflexive terms in community-based services.

Keywords: Adolescent; Illicit Drugs; Mental Health Assistance; Community Mental Health Services.

RESUMEN

CONTEXTO: Si bien existe una amplia literatura sobre el cambio en el modelo de la atención psiquiátrica brasileña, existen pocos informes sobre la operacionalización de prácticas no relacionadas con las drogas que se ofrecen en los servicios comunitarios para adolescentes consumidores de drogas. **OBJETIVO:** En este sentido, este informe describe la operacionalización de un grupo realizada por enfermeras y terapeutas ocupacionales para esta audiencia. **METODOLOGIA:** Es un informe descriptivo, de carácter didáctico / formativo. Esta práctica se promueve en un Centro de Atención Psicosocial de alcohol y otras drogas III para niños y adolescentes de un municipio del estado de São Paulo, Brasil. Se describe las características del grupo, los recursos utilizados, consideraciones de planificación, etapas de

ejecución y resultados identificados. **RESULTADOS:** Nótese la participación activa de los adolescentes desde el momento en que son los principales responsables de producir la discusión. La identificación entre pares promueve la percepción de los adolescentes de sus similitudes en situaciones de vulnerabilidad. Destaca la movilización de sentimientos de colaboración, empatía, solidaridad entre compañeros y cambios en las relaciones y comportamientos en otros entornos. Durante las actividades se ejercitan funciones cognitivas como la memoria, la atención, la concentración, el lenguaje, el razonamiento. **CONCLUSIONES:** El grupo terapéutico con adolescentes consumidores de drogas se destaca como una práctica eficaz y de bajo costo que se puede aplicar en términos reflexivos y de autoconocimiento en los servicios comunitarios.

Palabras Clave: Adolescente, Drogas Ilícitas; Atención a la Salud Mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Anteriormente à reorientação de modelo de atenção psiquiátrica brasileira o principal recurso para a assistência do adolescente usuário de drogas consistia em internação em instituição de longa permanência como os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, as quais, em sua maioria, eram de cunho religioso e tinham como objetivo principal a abstinência (Vargas e Campos, 2019).

No entanto, na contemporaneidade as preconizações relacionadas as práticas psicossociais e proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mentais e, conseqüentemente, dos adolescentes sob tratamento pelo uso de substâncias, destaca-se a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III Infanto-juvenis (CAPS AD III ij), visando reduzir o alto número de internações psiquiátricas de adolescentes em decorrência do uso de SPAs (Portaria 130/2012). Tal dispositivo destina-se ao cuidado contínuo e integral deste público sob a lógica de redução de danos e priorizando ações territoriais e envolvendo as famílias e demais redes sociais (Portaria 130/2012). Isto é, o CAPS AD III ij caracteriza-se como um recurso substitutivo à internação em hospitais psiquiátricos, além de ser um ponto estratégico no território, atuando como facilitador e articulador de ações intra/intersetoriais (Portaria 130/2012). O cuidado realizado por este serviço concentra-se no adolescente e suas relações, superando o direcionamento do tratamento que antes era exclusivamente na abstinência da droga utilizada (Mancilha e Colvero, 2017).

Nesta nova modalidade de serviços as abordagens grupais constituem-se em estratégias chave dado o seu caráter participativo e dinâmico em termos de diversificação de contextos e aplicação. Nesse sentido, propõem-se o relato sobre o Grupo Conscientização, que compõe o rol de estratégias de cuidado proporcionado em um CAPS ad III ij brasileiro.

Apesar da vasta literatura sobre a reorientação do modelo de atenção psiquiátrica (Vargas e Campos, 2019) identifica-se uma lacuna no sentido de publicações relacionadas à operacionalização de práticas psicossociais bem sucedidas junto ao público adolescente usuário de SPAs. Assim, este estudo visa contribuir nesse sentido, fornecendo a descrição detalhada de uma prática desenvolvida há mais de quatro anos e que tem apresentado alta adesão por parte dos adolescentes.

Objetivo

Descrever a operacionalização de uma atividade grupal denominada Grupo Conscientização desenvolvida por enfermeiras e terapeuta ocupacional destinada a adolescentes usuários de SPAs em um serviço de atenção psicossocial de base comunitária.

MÉTODO

Trata-se de um relato descritivo, de caráter educativo/formativo sobre uma boa prática de atenção à saúde mental de adolescentes. A referida prática é promovida em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III infantojuvenil de um município no interior do estado de São Paulo, Brasil.

Neste relato de boas práticas apresentar-se-ão as características do grupo, os recursos utilizados, considerações sobre o planejamento, etapas de execução e resultados identificados.

Características do grupo

O grupo é conduzido por duas enfermeiras, se revezando entre si, e uma terapeuta ocupacional. É composto por adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 13 e 17 anos, contendo em média seis a oito integrantes. Tal prática ocorre semanalmente com duração média de uma hora e caracteriza-se como um grupo aberto.

A principal meta estabelecida pelas facilitadoras do grupo consiste no acolhimento do sofrimento vivenciado pelos adolescentes. Desse modo, a estruturação da prática tem como foco o estímulo à autopercepção do adolescente e à reflexão sobre sua vida, suas relações e hábitos cotidianos. As profissionais que conduzem o grupo pautam-se nos princípios éticos de suas categorias de classe, na atenção psicossocial e no corpo jurídico correspondente aos direitos da criança e do adolescente.

Nesse sentido, destaca-se que a terapia ocupacional dispõe de estratégias para a organização das atividades objetivando auxiliar o adolescente a lidar com suas limitações e ampliar seu repertório de habilidades, sejam elas de cunho psicomotor, relacionais e emocionais, pois estudos recentes apontam que o uso de drogas na adolescência interfere no desempenho dos papéis esperados para essa fase da vida, por vezes suprimindo

atividades típicas da adolescência e as atividades de vida diária (Jimenes e Tucci, 2017; Menezes e Pereira, 2019).

A enfermagem contribui com a visão ampliada do cuidado em saúde para além do paradigma saúde-doença, apreendendo o sofrimento psíquico como condição momentânea impeditiva do desenvolvimento integral do sujeito, mas passível de ser superada através de ações de prevenção e promoção de saúde mental dos adolescentes atendidos, seja em temas específicos como prevenção do suicídio, sexualidade, uso de drogas ou em abordagens subjetivas a partir do estabelecimento do vínculo terapêutico (Anjos e Souza, 2017; Teixeira et al, 2020).

O trabalho integrado entre a enfermagem e a terapia ocupacional enriquece o cuidado ofertado no grupo, a prática profissional e o crescimento pessoal de ambas as profissionais. As duas profissões visam identificar as potências que os adolescentes apresentam diante de seus conflitos, sua força de viver e construir metas e as qualidades que o indivíduo apresenta como ser humano dotado de sentimentos e sofrimento perante a negligência sofrida desde a primeira infância, o que acarreta em situações de vulnerabilidade.

Recursos utilizados

Atividades como o uso de filmes, dinâmicas grupais ou atividade externa são frequentemente utilizadas. A condução se dá em diferentes ambientes, interno ou externo ao serviço, os integrantes se acomodam em formato de roda para favorecer a visualização de todos e a democratização do espaço de fala.

Técnicas metodológicas de aprendizagem significativa também são utilizadas pelos profissionais como a problematização, uso de situações vivenciadas na realidade dos integrantes, e o *brainstorming*, técnica que favorece a criatividade do grupo para refletir diferentes soluções e ideias a respeito de um tema.

Considerações sobre o planejamento

Devido à alta rotatividade dos participantes as profissionais responsáveis pelo grupo o estruturam semanalmente considerando três fatores, a saber: (1) problemas emergentes de discussões recentes do grupo ativo; (2) temáticas de campanhas solicitadas pela Secretaria de Saúde à qual pertencem (“janeiro branco”, “setembro amarelo”, “dia mundial de luta contra a aids”, entre outros); (3) assuntos relevantes e circunstanciais do município (violência contra a mulher, gravidez na adolescência, aumento tráfico de SPAs, pandemia de COVID-19, etc). No início de cada mês são definidos os objetivos gerais a serem trabalhados, mas é após a finalização de cada grupo que ocorre a reunião conjunta entre as profissionais para avaliar a eficácia do trabalho realizado no dia, as pendências e definição do tema central do encontro subsequente. Nesse momento, estabelecem-se os recursos necessários para a

implementação do próximo grupo e realiza-se a busca/revisão da literatura atual. No decorrer da semana há, então, a preparação teórica e estrutural do grupo, que é revisada dois dias antes da próxima execução.

Com base nessa decisão, as facilitadoras trabalham com um planejamento prévio, no entanto, passível de flexibilização de acordo com as vivências semanais relatadas pelos participantes, as quais por vezes tornam-se gatilhos que causam sofrimento e que precisam de acolhimento. Nos primeiros oferecimentos a decisão pelos temas era tomada apenas pelas profissionais, no entanto identificou-se baixa assiduidade, atrasos frequentes e desinteresse. A partir de então, optou-se pela definição conjunta das temáticas, dentre as principais: sexualidade, uso de substâncias psicoativas (SPA's), conflitos relacionais e estímulo à autonomia/formulação de planos de vida. Para cada um desses temas estrutura-se a atividade antecipadamente de forma a facilitar o disparo da discussão e construção reflexiva conjunta.

O relato coletivo demonstra características comuns que causam sofrimento nas adolescentes, como a ausência paterna na criação, a visão estigmatizante da sociedade sobre o usuário de droga, o conceito machista sobre as ações da mulher e o desejo de terem amigos e serem pertencentes a um espaço que propicie a troca de afeto e o pedido por respeito. Por outro lado, também identificam suas qualidades como a presença de auto estima e a força para se defenderem caso precisem.

Tais relatos podem abranger situações de violência física e emocional sofridas ou realizadas pelos adolescentes. Sendo assim, ao final do grupo pode haver necessidade da realização de atendimento individual, familiar, discussão do caso em equipe ou com serviços de proteção à criança e adolescente, visando fornecer suporte a todos os envolvidos na situação relatada.

Etapas de Execução

Inicialmente, caso a maioria dos integrantes esteja participando pela primeira vez, a atividade destina-se ao conhecimento da composição grupal e do espaço pelos integrantes. Realiza-se uma questão disparadora para apresentação solicitando o nome, idade e algo que goste de fazer no dia a dia ou que se sinta à vontade para contar sobre a sua história, por vezes, as facilitadoras se apresentam primeiro para estimular a fala dos adolescentes.

Nas primeiras atividades, solicita-se aos adolescentes que elaborem um cartaz contendo as regras de convivência grupal (atrasos permitidos, faltas justificadas, não participar do grupo sob efeito de SPAs, não traficar dentro do serviço...), o qual é colado na parede do ambiente, assim, todas as vezes que há um novo integrante, o grupo lhe apresenta as metas e as regras após a apresentação de todos e, se necessário, as atualiza e discute novamente conforme o decorrer dos encontros.

Em seguida, após a discussão em conjunto sobre as metas do grupo, realiza-se uma questão disparadora comum em todos os encontros: como foi a sua semana? A partir desses relatos

semanais as facilitadoras elencam uma lista de possíveis necessidades relacionadas às habilidades sociais, mudança de comportamento e/ou possíveis temas para psicoeducação. Após os relatos semanais, decide-se conjuntamente se será mantida a discussão no tema proposto no planejamento prévio ou se o grupo será conduzido a partir do desdobramento dos próprios relatos do dia como forma de acolher situações que causem angústia intensa/desconforto. Ao término dos encontros, solicita-se aos integrantes uma autoavaliação, avaliação da temática abordada, dos profissionais que conduziram a discussão e da estratégia adotada visando aprimorar as atividades futuras. Em seguida, os adolescentes se encontram na cozinha para o lanche da tarde, o que promove maior socialização entre eles.

RESULTADOS

Ao longo desse período temos identificado que há a participação ativa dos adolescentes a partir do momento em que são os principais responsáveis pela produção da discussão e de estratégias de enfrentamento diante das situações conflituosas compartilhadas. A partir da construção da identidade coletiva, o acolhimento ofertado nos momentos de crise torna-se mais efetivo, as reflexões viabilizam a conscientização dos adolescentes, os quais se apoiam e se dedicam a cuidar de si e do outro.

Os adolescentes sentem-se mais confortáveis para contar suas vivências no momento em que percebem as semelhanças com os pares e, principalmente, após confiarem que não serão julgados e/ou punidos caso surjam ações de conteúdo ilegal como, por exemplo, a participação no tráfico de drogas.

Além disso, tem sido observado que o contato com as experiências subjetivas dos integrantes auxilia no fortalecimento da autoestima e autonomia; a oferta de conhecimento/informação sobre os temas abordados tem contribuído em termos educativo e a vivência grupal tem proporcionado acolhimento de dúvidas, angústias contextualizadas às vivências/relações sociais e estimulado algumas funções cognitivas como memória, atenção, concentração, linguagem e raciocínio. Nota-se também que há uma construção coletiva de rede de apoio entre os adolescentes e os profissionais que desenvolvem o grupo, pois os participantes preocupam-se um com o outro para além do espaço físico do encontro. Destaca-se a mobilização de sentimentos de colaboração, empatia, solidariedade entre os colegas, ressignificação da percepção dos adolescentes sobre os serviços de saúde mental e mudanças nas relações e comportamentos em outros ambientes, as quais são apontadas pelos próprios adolescentes, familiares e outras instituições. Apesar disso, percebe-se nos relatos semanais que os adolescentes também se reforçam a valorizar ações infracionais ou comportamentos desafiadores frente a uma figura de poder social. Nesse sentido, o grupo tem sido estimulado a refletir sobre outras formas de reação, para lidar com esses conflitos

sem uso de violência. Caso ainda haja a necessidade de uma abordagem mais aprofundada, prepara-se uma atividade focada na assertividade e manejo de raiva por exemplo.

A fim de relatar um exemplo, descrevemos sucintamente um dos encontros, no qual abordou-se a temática “o que eu sou?”. Os integrantes construíram coletivamente uma resposta a tal pergunta como forma dos integrantes se conhecerem e identificarem suas semelhanças e contextos familiares. Dividiu-se a atividade por gênero conforme a preferência dos adolescentes participantes.

“Não sou drogada! Às vezes sou boa mãe, porém santa eu não sou. Sou bonita, parceira de confidências, gente boa mesmo! Eu gosto de zoar também, de ser piriguete. Não sou vagabunda, “marmitinha”. Sou vaidosa, combino minhas roupas, se eu fosse homem casaria comigo. Não sou pilantra, nem fura olho. Gosto de fazer amigos, sou carinhosa, afetuosa, ciumenta e, quando preciso, barraqueira! Sou filha de mãe e pai, mas nunca vi meu pai... Eu adoro respeito!” (atividade “o que eu sou?” desenvolvida pelas adolescentes no grupo conscientização).

DISCUSSÃO

Algumas especificidades que precisam ser consideradas ao se trabalhar com o adolescente de acordo com a nossa experiência convergem com as preconizações da literatura acadêmica e das agências de proteção social aos adolescentes (Lei 8.069/1990). Dentre estas características têm-se a flexibilidade no decorrer das atividades e no acolhimento ofertado. É de suma importância a presença de uma estruturação prévia das discussões, assim como o manejo profissional é crucial para lidar com relatos inesperados e espontâneos que demandem a reconfiguração da atividade (Silva e Engstrom, 2020).

Nota-se maior aproveitamento dos adolescentes em atividades estruturadas de curta duração e, principalmente, nas situações vivenciadas na semana. Outro aspecto relevante ao interagir com adolescentes é a adequação da linguagem verbal; por exemplo, preparar uma dinâmica utilizando as gírias dos participantes ou músicas de sua escolha são formas de adentrar no seu mundo e despertar o interesse deles. O contrato terapêutico envolve a negociação de ambos os lados ao cederem parte de seus mundos e, assim, encontrarem novas possibilidades de vida (Anhas e Castro-Silva, 2017).

Imergir no mundo dos adolescentes, conhecer seus gostos, hobbies, lazer, formas de se relacionar em diferentes ambientes favorece a construção do vínculo terapêutico com os profissionais e a melhor compreensão do sofrimento que vivenciam (Anhas e Castro-Silva, 2017). Em momentos conflituais durante o grupo como, por exemplo, invasões constantes da fala do colega, agressões verbais e ameaças devem ser manejadas por todos os integrantes que se sentirem à vontade para sinalizar o que lhes incomoda. Para facilitar tal manejo, os profissionais devem realizar a mediação e revezar o papel de terapeuta e coterapeuta durante as atividades. A partir do momento em que se estabelece o vínculo terapêutico pautado na

confiança, no afeto e na corresponsabilização, os adolescentes sentem-se seguros e acompanhados em sua trajetória.

CONCLUSÃO

O relato da referida prática possibilita aos profissionais dos serviços de saúde ampliar e/ou aprimorar o leque de ações efetivas e de baixo custo passíveis de serem aplicadas em termos reflexivos e de autoconhecimento para os adolescentes nos serviços de base comunitária. Além disso, a operacionalização do grupo, como uma tecnologia leve de cuidado, fomenta a elaboração de estratégias que auxiliam os adolescentes no enfrentamento de seus conflitos cotidianos decorrentes ou não do uso de SPAs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anhas, D.M., e Castro-Silva, C.R. de. (2017). Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade* [online], 26(2), 484-495.
- Anjos Filho, N.C., Souza, A.M.P.A. (2017). The workers' perceptions about the multiprofessional teamwork at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface* [Internet], 21(60), 63-76.
- Jimenez, L., e Tucci, A.M. (2017). Notas sobre a produção acadêmica Brasileira: uso de drogas na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 484-494.
- Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Casa Civil.
- Mancilha, G. B. e Colvero, L. A. (2017). Vulnerabilidade social de adolescentes que permaneceram em tratamento em CAPS-AD. *Adolescência & Saúde*, 14(4), 41-47.
- Menezes, A. L. C. e Pereira, A. R. (2019). Desempenho ocupacional de adolescentes usuárias de drogas. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 27(4), 754-764
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Silva, R.F., e Engstrom, E.M. (2020). Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 24, suppl 1, e190548.
- Teixeira, L.A., Freitas, R.J.M. de, Moura, N.A. de, e Monteiro, A.R.M. (2020). Necessidades de saúde mental de adolescentes e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20180424.
- Vargas, A. de F. M. e Campos, M. M. (2019). A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 24(3), 1041-1050.

Processos de regulação emocional na predição de sintomas de depressão em pacientes com insuficiência renal crónica

Inês Ministro*, Ana Galhardo**, Ilda Massano-Cardoso *** & Marina Cunha****

*MSc; Psicóloga Clínica; Liga Portuguesa Contra o Cancro, R. Dr. António José de Almeida nº 329, 3000-045 Coimbra, Portugal. E-mail: inesministro@gmail.com

**PhD; Psicóloga Clínica; Professora Auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga; Investigadora na Universidade de Coimbra, CINEICC, Largo da Cruz de Celas, nº1, 3000-132 Coimbra, Portugal. Email: anagalhardo@ismt.pt

*** PhD; Professora Universitária; Professora Auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga; Assistente Convidada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Investigadora na Universidade de Coimbra, CEISUC. ISMT - Largo da Cruz de Celas, nº1, 3000-132 Coimbra, Portugal. Tel. +351 239488030. Email: ildamassano@ismt.pt

****PhD; Psicóloga Clínica; Professora Auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga; Investigadora na Universidade de Coimbra, CINEICC, Largo da Cruz de Celas, nº1, 3000-132 Coimbra, Portugal. Email: marina_cunha@ismt.pt

RESUMO

CONTEXTO: A insuficiência renal é uma condição crónica caracterizada pela incapacidade dos rins realizarem as suas funções depuradoras, regular o ambiente interno e sintetizar substâncias. Esta condição tem vindo a ser associada a problemas de saúde mental, em particular depressão. **OBJETIVO(S):** Investigar o papel de processos relacionados com a regulação emocional e da vergonha relacionada com a doença crónica nos sintomas depressivos de pacientes com doença renal crónica. **MÉTODOS:** Estudo transversal correlacional. Sessenta e dois pacientes (39 homens e 23 mulheres) foram recrutados através da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. Os participantes completaram *online* os seguintes instrumentos de autorresposta: Escalas de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-21), o Questionário de Fusão Cognitiva relacionada com a Doença Crónica (CFQ-CI), a Escala de Autocompaixão (SCS), o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II), e a Escala de Vergonha Associada à Doença Crónica (CISS). Realizou-se uma análise de regressão hierárquica em três passos com os sintomas de depressão como variável dependente. **RESULTADOS:** Vinte e seis participantes (42%) apresentaram *scores* superiores ao ponto de corte da subescala de depressão da EADS-21. A análise de regressão revelou que o modelo explicava 73% da variância total. A fusão cognitiva relacionada com a doença crónica ($\beta = .53$; $p = .001$) e a vergonha relacionada com a doença crónica ($\beta = .42$; $p < .001$) foram os únicos preditores significativos da depressão. **CONCLUSÕES:** O presente estudo permitiu

identificar preditores de depressão em pacientes com doença renal crónica, sugerindo a utilidade de considerar a fusão cognitiva e a vergonha no trabalho clínico com estes pacientes.

Palavras-Chave: Doença renal crónica; Regulação emocional; Vergonha; Depressão.

ABSTRACT

BACKGROUND: Renal failure is a chronic condition characterized by the kidneys inability to perform their waste disposal functions, regulate internal environment and synthesize substances. This condition has been associated to mental health problems, particularly depression. **AIM:** To investigate the role of emotion regulation-related processes (cognitive fusion, experiential avoidance, self-judgment) and chronic illness-related shame in depressive symptoms of people facing chronic kidney disease. **METHODS:** Cross-sectional and correlational study. Sixty-two subjects (39 males and 23 females) were recruited through the Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (Portuguese patients' association). Participants completed online the self-report instruments: Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS – 21), Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness (CFQ-CI), Self-Compassion Scale (SCS), Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), and Chronic Illness-related Shame Scale (CISS). A three stage hierarchical multiple regression was conducted with depressive symptoms as the dependent variable. Age was entered at stage one of the regression. Emotion regulation processes (cognitive fusion, experiential avoidance and self-judgement) were entered at stage two. Chronic illness-related shame at stage three. **RESULTS:** Twenty six participants (42%) presented depressive symptoms scores higher than the DASS-21 depression subscale cut-off point. Regression analysis revealed that the model explained 73% of the total variance. Chronic illness-related cognitive fusion ($\beta = .53$; $p = .001$) and chronic illness-related shame ($\beta = .42$; $p < .001$) were the only significant predictors of depression. **CONCLUSIONS:** The current study allowed to identify predictors of depression in patients with chronic kidney disease, suggesting the utility of considering chronic illness-related cognitive fusion and shame in clinical work with these patients.

Keywords: Chronic kidney disease; Emotion regulation; Shame; Depression.

RESUMEN

CONTEXTO: La insuficiencia renal es una condición crónica caracterizada por la incapacidad de los riñones para realizar sus funciones de eliminación de desechos, regular el ambiente interno y sintetizar sustancias. Esta condición se ha asociado a problemas de salud mental, particularmente depresión. **OBJETIVO(S):** Investigar el papel de los procesos relacionados con la regulación emocional y de la vergüenza vinculados con enfermedades crónicas, en los síntomas depresivos de personas que enfrentan enfermedad renal crónica.

METODOLOGÍA: Estudio transversal y correlacional. Sesenta y dos pacientes (39 hombres y 23 mujeres) fueron reclutados a través de la Associação Portuguesa de Insuficientes Renais. Los participantes completaron *online* los instrumentos de autoinforme: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), Cuestionario de Fusión Cognitiva-Enfermedad Crónica (CFQ-CI), Escala de Autocompasión (SCS), Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) y la Escala de Vergüenza relacionada con Enfermedades Crónicas (CISS). Se realizó una regresión múltiple jerárquica de tres etapas con síntomas depresivos como variable dependiente. **RESULTADOS:** Veintiséis participantes (42%) presentaron puntuaciones de síntomas depresivos más altas que el punto de corte de la subescala de depresión DASS-21. El análisis de regresión reveló que el modelo explicaba el 73% de la varianza total. La fusión cognitiva relacionada con la enfermedad crónica ($\beta = .53$; $p = .001$) y la vergüenza relacionada con la enfermedad crónica ($\beta = .42$; $p < .001$) fueron los únicos predictores significativos de depresión. **CONCLUSIONES:** El presente estudio sugiere la utilidad de considerar la fusión cognitiva relacionada con la enfermedad crónica y la vergüenza en el trabajo clínico con estos pacientes.

Palabras Clave: Insuficiencia renal; Regulación emocional; Vergüenza; Depresión.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crónica corresponde ao estado patológico em que os rins são incapazes de cumprir as suas funções de eliminação de resíduos, regular o meio interno e sintetizar substâncias (Webster, Nagler, Morton, & Masson, 2017). Na sua maioria, as doenças crónicas são limitativas no que diz respeito à produtividade e capacidade funcional dos pacientes, e especificamente na insuficiência renal crónica, a sintomatologia depressiva tem vindo a ser apontada como uma consequência psicológica muito prevalente (Palmer *et al.*, 2013).

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a um interesse crescente sobre o papel dos processos de regulação emocional na doença crónica, no entanto, no contexto particular da insuficiência renal crónica, os estudos são ainda escassos. Com efeito, processos como o da fusão cognitiva, ou seja, a tendência para considerar os pensamentos como representações literais da realidade, como se os pensamentos fossem verdades absolutas, ou regras que tem de ser seguidas, tem vindo a ser sugerido como um mecanismo associado à psicopatologia (Gillanders, Sinclair, MacLean, & Jardine, 2015). Também a inflexibilidade psicológica, definida como a indisponibilidade para estar em contacto com as experiências internas dolorosas e adoção de estratégias para as controlar, suprimir ou modificar, se tem revelado ligada à psicopatologia e, mais concretamente à depressão (Levin *et al.*, 2014). De modo idêntico, o autojulgamento, que envolve autocrítica, isolamento e sobreidentificação com as dificuldades tem sido apontado como um mecanismo que contribui para o surgimento de sintomas psicopatológicos em diversas doenças crónicas (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos &

Fráguas, 2013). De acrescentar que a vergonha constitui uma emoção intimamente relacionada com uma avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo e que influencia o seu funcionamento psicológico (Pinto-Gouveia & Matos, 2011), sendo esta igualmente indicada como possuindo uma estreita relação com a depressão (Sheehy *et al.*, 2019).

A presente investigação teve como principal objetivo investigar o papel de processos relacionados com a regulação emocional e da vergonha relacionada com a doença crónica nos sintomas depressivos de pacientes com doença renal crónica.

MÉTODOS

O presente estudo apresenta um desenho transversal de natureza correlacional.

Participantes. Participaram no estudo 62 pacientes com insuficiência renal crónica, 39 (62.9%) do sexo masculino e 23 (37.1%) do sexo feminino. Importa referir que o diagnóstico foi indicado pelos participantes, não tendo existido consulta de processos médicos. A média de idade dos participantes foi de 49.37 ($DP = 13.28$), variando entre os 19 e os 81 anos. Relativamente aos anos de escolaridade, observou-se uma média de 12.26 ($DP = 3.85$). Os participantes eram maioritariamente casados ($n = 36$; 58.1%), seguindo-se o estado civil de solteiro ($n = 21$; 33.9%) e, por último, o de separado/divorciado ($n = 5$; 8.1%) e haviam sido diagnosticados com insuficiência renal crónica em média há 14.87 ($DP = 11.53$) anos.

Instrumentos. No presente estudo, para além de um breve questionário sociodemográfico (idade, sexo, anos de escolaridade, estado civil) e clínico (duração do diagnóstico), foram aplicados os seguintes instrumentos de autorresposta:

Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1985; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é composta por 21 itens distribuídos por três subescalas que avaliam os sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Através de uma escala que varia entre 0 (Não se aplicou nada a mim) e 3 (Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), os itens são respondidos com base na semana anterior. Scores mais elevados traduzem maiores níveis de sintomas emocionais negativos. Neste estudo foi apenas utilizada a subescala de depressão que mostrou um valor de alfa de Cronbach de .93. *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness* (CFQ-CI; Trindade, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2018). O CFQ-CI é constituído por 7 itens que medem os níveis de fusão cognitiva especificamente relacionada com a doença crónica, mediante o uso de uma escala de 1 (Nunca verdadeira) a 7 (Sempre verdadeira). Pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais altos de fusão cognitiva. Neste estudo o CFQ-CI revelou um valor de alfa de Cronbach de .95.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond *et al.*, 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). O AAQ-II inclui sete itens que avaliam a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial mediante uma escala de resposta de 1

(Nunca verdadeiro) a 7 (Sempre verdadeiro). Pontuações mais altas indicam maiores níveis de inflexibilidade psicológica. O valor de consistência interna do AAQ-II encontrado neste estudo foi de $\alpha = .96$.

Self-compassion Scale (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). A SCS é composta por 26 itens que avaliam a autocompaixão e que são respondidos através de uma escala de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre). Integra seis subescalas: calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação. Neste estudo optou-se pelo uso dos índices compósitos de autocompaixão (soma das subescalas de calor/compreensão, *mindfulness* e condição humana) e de autojulgamento (soma das subescalas de autocrítica, sobreidentificação e isolamento), os quais evidenciaram valores de alfa de Cronbach de .71 e de .74, respetivamente.

Chronic Illness-Related Shame Scale (CISS; Trindade, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2017). A CISS avalia a experiência de vergonha especificamente relacionada com condições de doença crónica. Os seus sete itens são respondidos numa escala que varia entre 0 (Nunca verdadeiro) e 4 (Sempre verdadeiro). Pontuações mais altas indicam maiores níveis de vergonha. No presente estudo a CISS revelou um alfa de Cronbach de .94.

Procedimentos. O recrutamento dos participantes foi realizado através da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR) que, uma vez informada acerca do âmbito, objetivos e procedimento de recolha de dados definidos para o estudo, colaborou na sua disseminação junto dos seus associados, via *email* e através das suas redes sociais. Na divulgação do estudo aos participantes foi apresentado um texto explicativo, salientando o carácter voluntário e anónimo da participação, bem como a confidencialidade e o tratamento dos dados de forma agregada. Os critérios de inclusão foram idade superior a 18 anos e um diagnóstico de insuficiência renal crónica. O preenchimento do protocolo de avaliação foi realizado *online* (entre janeiro e abril de 2019), sendo obrigatório o consentimento informado.

Análise estatística. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 25). Procedeu-se ao cálculo da média e desvio-padrão dos sintomas depressivos avaliados através da subescala de depressão da EADS-21 e avaliou-se a prevalência destes sintomas na presente amostra com base nos pontos de corte [4.3(± 4.2) para os homens; 6.1(± 5.4) para as mulheres] identificados para a população com insuficiência renal crónica (Sousa *et al.*, 2017). Foram calculados os coeficientes de correlação *R* de Pearson e realizada uma análise de regressão linear múltipla. Em relação a esta última análise foram preliminarmente examinados os pressupostos da dimensão da amostra, da multicolinearidade e da independência. Considerou-se um nível de significância de .05.

RESULTADOS

O valor médio dos sintomas depressivos foi de 7.00 ($DP = 5.96$), não tendo sido observadas diferenças entre homens e mulheres ($p > .050$). Com base no ponto de corte para a população com insuficiência renal crónica, observou-se que 42% dos participantes obtiveram pontuações acima desse valor. No que respeita às variáveis sociodemográficas e clínicas, apenas a idade se correlacionou negativamente com os sintomas depressivos ($r = .39$; $p < .001$).

Nos demais instrumentos os resultados em termos de média e respetivo desvio-padrão foram os seguintes: CFQ-CI ($M = 22.63$; $DP = 12.27$); AAQ II = ($M = 22.21$; $DP = 13.32$); SCS autocompaixão ($M = 37.81$; $DP = 8.03$); SCS autojulgamento ($M = 32.77$; $DP = 11.39$), e CISS ($M = 10.06$; $DP = 8.87$).

Com o intuito de compreender qual o conjunto de variáveis que contribuíam para predizer os sintomas depressivos nos pacientes com insuficiência renal crónica, foi efetuada uma análise de regressão linear, sendo inserida a idade num primeiro passo, a fusão cognitiva associada à doença crónica, a inflexibilidade psicológica, e o índice compósito de autojulgamento num segundo passo, e a vergonha associada à doença crónica num terceiro passo. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Análise de regressão linear múltipla utilizando a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, o evitamento experiencial, os índices compósitos de autocompaixão e autojulgamento e a vergonha relacionada com a doença crónica como preditores dos sintomas depressivos em pacientes com doença renal

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i> ² <i>Ajustado</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.39	.14	10.98	.002			
Idade					-.39	- 3.31	.002
Modelo 2	.83	.66	30.42	< .001			
Idade					-.16	-2.06	.044
CFQ-CI					-.73	4.49	< .001
AAQ-II					-.09	-.65	.052
SCS-Julg					.13	.90	.370
Modelo 3	.87	.73	33.17	< .001			
Idade					-.08	-1.06	.290
CFQ-CI					.53	3.44	.001
AAQ-II					-.18	-1.35	.183
SCS-Julg					.10	.80	.426

CISS	.42	3.84	< .001
------	-----	------	--------

Nota. CFQ-CI = Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire- II; SCS-Julg = Self-Compassion Scale Self-Judgment; CISS = Chronic Illness-related Shame Scale.

As variáveis predictoras inseridas no modelo explicaram 73% dos sintomas depressivos, sendo o modelo preditor significativo. O valor de β que se revelou mais elevado foi o da fusão cognitiva ($\beta = .53$; $p = .001$), seguido da vergonha relacionada com a doença crónica ($\beta = .42$; $p = < .001$), sendo que os demais preditores não se mostraram significativos.

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu investigar o papel de processos relacionados com a regulação emocional e da vergonha relacionada com a doença crónica nos sintomas depressivos de pacientes com doença renal crónica.

Na presente amostra verificou-se um valor de prevalência de sintomas depressivos (42%) condizente com o que tem vindo a ser apontado na literatura. De facto, existem vários estudos que reportaram resultados entre os 20% e 30% (Palmer *et al.*, 2013; Wang *et al.*, 2019), mas existem também estudos que relatam prevalências superiores a 60% (Senanayake *et al.*, 2018).

No que se refere aos preditores da depressão em pacientes com insuficiência renal crónica, os resultados sugerem que o facto de ter níveis mais elevados de fusão cognitiva e experienciar mais vergonha relacionada com a doença predizem maior sintomatologia depressiva. A sintomatologia depressiva engloba sentimentos de perda do “eu” anterior à doença, de atividades e de situações sociais que poderiam ser uma realidade previamente à doença, não só pelas consequências desta, mas também pelas exigências dos tratamentos. Se os pacientes lidarem com estas perdas fusionando-se com pensamentos de inferioridade, resultantes das limitações no dia-a-dia, assim como com preocupações relacionadas com a progressão da doença, é provável que exista o surgimento ou intensificação de sintomas depressivos. Efetivamente, estudos anteriores realçam o impacto negativo a nível emocional e no funcionamento social que a fusão cognitiva representa (*e.g.*, Graham, Gouick, Krahé, & Gillanders, 2016). De modo idêntico, se procurarem evitar, controlar ou modificar as suas experiências internas negativas, isto é, se evidenciarem inflexibilidade psicológica, é provável que ocorra o efeito paradoxal característico deste mecanismo de regulação emocional, o que tem sido indicado como estando associado a manifestações psicopatológicas, mais precisamente com a depressão (Bardeen & Fergus, 2016). Tal como reportado em estudos anteriores (*e.g.*, Pinto-Gouveia & Matos, 2011), também na presente amostra se observou que a vergonha se constituiu como preditor da depressão. Com efeito, a vergonha parece ter

um papel facilitador do autocrítico, aumentando a vulnerabilidade para sintomas psicopatológicos, dos quais se destacam os sintomas depressivos. Quando esta é associada à doença crónica, hipotetizamos que estes pacientes se poderão sentir desvalorizados em função da sua doença, isolados e com vergonha de falar acerca dela, e receando serem avaliados negativamente devido à doença.

O estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o número de participantes reduzido, bem como, a exclusiva utilização de instrumentos de autorresposta, pelo que a sua replicação com amostras de maior dimensão e o recurso a outras metodologias de avaliação, como, por exemplo, a entrevista poderia tornar os resultados mais robustos. Considera-se ainda que estudos longitudinais com esta população poderiam clarificar o papel destas variáveis, atendendo a que, por exemplo, Palmer *et al.* (2013) verificaram que os níveis de depressão variavam em função do estadio da doença.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar a fusão cognitiva e a vergonha associada à doença crónica como preditores de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crónica, sugerindo a importância da avaliação destes aspetos nesta população, bem como a sua integração nas respetivas intervenções psicológicas. Neste sentido, atendendo a que abordagens terapêuticas como a *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) ou a *Compassion Focused Therapy* (CFT) abordam especificamente processos de regulação emocional e a experiência de vergonha, poderá ser útil o recurso a estas abordagens no trabalho clínico com pacientes com insuficiência renal crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Bond F. W., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007
- Castilho, P., & Gouveia, J. P (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230. doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in

a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311. doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46–58. doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi.org/10.1080/15298860390209035

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., ... Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84(1), 179–191. doi.org/10.1038/ki.2013.77

Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311-323. doi.org/10.1002/cpp.1838

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.

Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281–290. doi.org/10.1002/acp.1689

Senanayake, S., Gunawardena, N., Palihawadana, P., Suraweera, C., Karunarathna, R., & Kumara, P. (2018). Depression and psychological distress in patients with chronic renal failure: Prevalence and associated factors in a rural district in Sri Lanka. *Journal of Psychosomatic Research*, 112(40), 25–31. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.009

Sousa, L. M. M. D., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P, Pozo-Rosado, J. L., Gomes, J. C. R., & José, H. M. G. (2017). A Depression Anxiety Stress Scale em pessoas com doença renal crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17, 50-57. [dx.doi.org/10.19131/rpesm.0182](https://doi.org/10.19131/rpesm.0182)

Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E. E., ... & Taylor, P. J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101779. doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 255-263. doi.org/10.1002/cpp.2035

Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Assessment of chronic illness-related cognitive fusion: Preliminary development and validation of a new scale with an IBD sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 356-366. doi.org/10.1007/s10880-017-9536-5

Wang, W. L., Liang, S., Zhu, F. L., Liu, J. Q., Wang, S. Y., Chen, X. M., & Cai, G. Y. (2019). The prevalence of depression and the association between depression and kidney function and health-related quality of life in elderly patients with chronic kidney disease: A multicenter cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 905–913. doi.org/10.2147/CIA.S203186

Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238-1252. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)

Dimensões das emoções presentes no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos identificadas por enfermeiros

Thiago Nogueira Silva*, Claudia Mara Tavares**, Rozemere Souza***, Marilei Tavares****, Cristiane Salles Lisboa*****, & Débora Cristiane Silva Flores Lino*****

*Mestre em Enfermagem; Coordenador de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Conceição da Feira, Bahia, Brasil. E-mail: tns.thiago@hotmail.com

**Doutora em Enfermagem; Professora do Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Email: claudiamarauff@gmail.com

***Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental; Professora Plena do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil. Email: rcsouza@uesc.br

****Pós-Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Curso de Enfermagem, Universidade de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. Email: marileimts@hotmail.com

*****Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Enfermeira no Instituto Federal Baiano, Uruçuca, Bahia, Brasil. Email: cristiane.lisboa@ifbaiano.edu.br

***** Mestre em Enfermagem. Psicóloga integrante do Apoio Técnico voluntário de um Grupo de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil. Email: floreslinod@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: O processo de doação ao transplante de órgãos envolve formas de atuação e emoções com graus de complexidade elevados. Estudos sobre emoções identificadas por enfermeiros no trabalho de doação podem contribuir para superação das dificuldades desse cotidiano profissional. **OBJETIVO:** Investigar emoções expressas por enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos ao transplante de um hospital geral de referência para uma Organização de Procura de Órgãos. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo descritivo-exploratório, fundamentado na perspectiva Sociopoética. O Grupo-Pesquisador foi desenvolvido em 2015 e composto por 8 enfermeiros que trabalhavam há mais de 6 meses no processo de doação/transplantes de órgãos de um hospital geral do extremo sul do estado da Bahia, Brasil. A produção de dados foi orientada por desenhos, para estímulo dos sentidos. Os áudios foram transcritos, textualizados e categorizados segundo análise de conteúdo de Bardin. As exigências éticas da pesquisa com seres humanos do país foram cumpridas. **RESULTADOS:** As principais dimensões dos enfermeiros sobre as emoções no trabalho de doação para transplante de órgãos e tecidos foram agrupadas nos seguintes temas: prazer do resultado, da incerteza da doação à satisfação do transplante, a motivação para

transformar a aflição em contentamento, e da dor da perda ao júbilo por receber um órgão e finalmente obter qualidade de vida. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se que a identificação das dimensões das emoções presentes no processo de doação de órgãos e tecidos, identificada por enfermeiros, tem a possibilidade de promover aprimoramento de suas atividades cotidianas dentre outros fatores que influenciam o trabalho desses profissionais.

Palavras-Chave: Pessoal de Saúde; Enfermagem; Transplantes; Trabalho.

ABSTRACT

BACKGROUND: The donation process for organ transplantation involves forms of action and emotions with high degrees of complexity. Studies on emotions identified by nurses in the donation work can contribute to overcome the difficulties of this professional routine. **AIM:** To investigate the process of organ and tissue donation for transplantation from the perspective of nurses at a general referral hospital for an Organ Procurement Organization. **METHODS:** Qualitative descriptive-exploratory study, based on the Sociopoetic perspective. The Researcher Group was developed in 2015 and consists of 8 nurses who had worked for more than 6 months in the organ donation / transplantation process of a general hospital in the extreme south of the state of Bahia, Brazil. The production of data was guided by drawings, to stimulate the senses. The audios were transcribed, textualized and categorized according to Bardin's content analysis. The ethical requirements of research with human beings in the country have been met. **RESULTS:** Las principales dimensiones de las emociones de las enfermeras en el trabajo de donación para el trasplante de órganos y tejidos se agruparon en los siguientes temas: placer por el resultado, desde la incertidumbre de la donación hasta la satisfacción del trasplante, la motivación para transformar la angustia en alegría y el dolor de pérdida de alegría por recibir un órgano y finalmente obtener calidad de vida. **CONCLUSIONS:** It was concluded that the identification of the dimensions of the emotions present in the organ and tissue donation process, identified by nurses, has the possibility of promoting improvement in their daily activities, among other factors that influence the work of these professionals.

Keywords: Health Personnel; Nursing; Transplants; Work.

RESUMEN

CONTEXTO: El proceso de donación para trasplante de órganos implica formas de acción y emociones con altos grados de complejidad. Los estudios sobre las emociones identificadas por las enfermeras en el trabajo de donación pueden contribuir a superar las dificultades de esta rutina profesional. **OBJETIVO(S):** Investigar el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante desde la perspectiva de las enfermeras de un hospital de referencia general para una organización de obtención de órganos.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo descriptivo-exploratorio, basado en la perspectiva Sociopoética. El Grupo de Investigadores se desarrolló en 2015 y está integrado por 8 enfermeras que habían trabajado durante más de 6 meses en el proceso de donación / trasplante de órganos de un hospital general en el extremo sur del estado de Bahía, Brasil. La producción de datos fue guiada por dibujos, para estimular los sentidos. Los audios se transcribieron, textualizaron y categorizaron de acuerdo con el análisis de contenido de Bardin. Se han cumplido los requisitos éticos de la investigación con seres humanos en el país. **RESULTADOS:** Las principales dimensiones de las emociones de las enfermeras en el trabajo de donación para el trasplante de órganos y tejidos se agruparon en los siguientes temas: placer por el resultado, desde la incertidumbre de la donación hasta la satisfacción del trasplante, la motivación para transformar la angustia en alegría y el dolor de pérdida de alegría por recibir un órgano y finalmente obtener calidad de vida. **CONCLUSIONES:** Se concluyó que la identificación de las dimensiones de las emociones presentes en el proceso de donación de órganos y tejidos, identificadas por los enfermeros, tiene la posibilidad de promover la mejora en sus actividades diarias, entre otros factores que influyen en el trabajo de estos profesionales.

Palabras Clave: Personal sanitario; Enfermería; Trasplantes; Trabajo.

INTRODUÇÃO

O processo de doação ao transplante de órgãos tende a contar com as seguintes etapas: identificação e manutenção de potenciais doadores; exames para avaliação do quadro de morte encefálica e também por avaliação clínica, neurológica e gráfica; comunicação aos familiares do diagnóstico e; entrevista familiar para doação. Ao final dessas etapas, após a autorização dos familiares, pode ser realizado o processo de captação e distribuição dos órgãos (Fonseca, & Tavares, 2014).

Os profissionais que atuam nesse processo de doação têm quantidade elevada de atribuições e lidam com uma gama significativa de emoções, que podem comprometer a saúde mental dos mesmos, pelo surgimento de sofrimento psíquico, ou até mesmo agravamento de problemas preexistentes entre os trabalhadores (Souza, Passos, & Tavares, 2015).

Considerando a relevância de refletir e contribuir para melhor vivências laborais no contexto da doação, este estudo teve por objetivo investigar emoções expressas por enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos ao transplante de um hospital geral de referência para uma Organização de Procura de Órgãos.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, fundamentada na Sociopoética (Santos et al., 2006). O Grupo Pesquisador (GP) foi composto por oito enfermeiros que atuavam há mais de seis meses no

processo de doação e transplante de órgãos, na área de abrangência de uma Organização de Procura de Órgãos (OPO), Sul do estado da Bahia, Brasil.

Os dados foram colhidos no segundo semestre do ano de 2015. O encontro com o GP ocorreu numa sala de aula cedida por uma instituição de ensino privado, com duração de três horas e meia. Utilizou-se também do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ), para verificação dos itens na construção dos diálogos com o GP (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Essa construção utilizou-se de técnicas criativas com recurso de desenho, que permitiu ao GP expressar suas emoções mais intrínsecas (Santos et al., 2006). As questões que nortearam os diálogos surgiram das próprias falas dos participantes na busca pelo esclarecimento de questões do cotidiano de trabalho dos participantes.

Após dinâmica inicial de relaxamento, o encontro com o GP ocorreu, a partir da proposta da confecção de uma mandala, que refletisse o processo de doação de órgãos e transplantes, a partir dos órgãos dos sentidos: tato, visão, paladar e audição.

O trabalho grupal foi gravado com a autorização do GP e os áudios foram transcritos, textualizados e categorizados segundo análise de conteúdo de Bardin (1994).

O estudo cumpriu todas as exigências éticas da pesquisa com seres humanos do país, conforme regulamenta a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 2012).

RESULTADOS

O Quadro 1 mostra as emoções expressas por enfermeiros no trabalho de doação de órgãos e transplantes, a partir das seguintes dimensões identificadas nas seguintes categorias temáticas: prazer do resultado; da incerteza da doação à satisfação do transplante; a motivação para transformar a aflição em contentamento; da dor da perda ao júbilo por receber um órgão e finalmente obter qualidade de vida.

QUADRO 1 - Dimensões presentes no processo de trabalho de doação de órgãos, exemplos de falas dos sujeitos e frequência de temas individuais.

Lidar com Emoções		
Temas	Falas dos Participantes	Frequência de Temas individuais
Prazer do resultado	Cada protocolo aberto tem uma finalidade, mas trás uma comoção nos profissionais devido aos desafios encontrados no decorrer do processo.	2
	Mesmo sendo árduo, o processo de captação de órgão, promove sempre um gozo ao fim da doação.	
Da incerteza da doação à	Eu escolhi um o cubo mágico, e desenhei um arco íris depois... E a questão da ventania por não se saber	

satisfação do transplante	como montar o cubo mágico e a questão do arco íris porque no final do processo seria a beleza que acontece no final.	3
	O processo de doação de órgãos ao transplante pode ser considerado como uma ajuda mútua, trazendo satisfação tanto a equipe quanto as famílias.	
A motivação para transformar a aflição em contentamento	No quarto ao escutar o coração dá pra colega eu ouvi o coração dela eu senti como se fosse uma vida e uma esperança e aqueles que eu desenhei um coração de uma pessoa muito feliz.	5
	Em relação ao paladar e o processo todo no hospital ele tem sempre esse momento né da esperança... Mas também tem a angustiada de quem tá trabalhando, a angústia da família que tá esperando em outro local, a angústia da família que tá esperando uma notícia da morte e da doação... E eu acho que o sentimento que define o paladar.	
	Diante de toda a problemática gerada no cotidiano dos trabalhadores que atuam na doação de órgão, a um contentamento no fim do processo.	
Da dor da perda ao júbilo por receber um órgão e finalmente obter qualidade de vida	O processo de doação e captação de órgãos ao transplante possui dois extremos: a dor da família em luto, e o júbilo da família do receptor.	3
	A doação de órgãos traz como retorno positivo a possibilidade de uma vida com maior qualidade e perspectiva.	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

DISCUSSÃO

Em relação ao “Prazer do resultado”, a comoção é um tipo de emoção que se manifesta no processo de trabalho em doação e transplantes, presente em momentos em que os profissionais são confrontados com a finitude, onde passa a ocorrer quebra de expectativas anunciadas quase que em senso comum (Fonseca, & Tavares, 2014). Entretanto, com a ocorrência da doação e dos transplantes emerge grande satisfação por parte dos profissionais.

A doação responde a diversas motivações pessoais, coletivas e necessidades institucionais e tem diferentes formas de expressão que são modeladas pelo ambiente social em que estão inseridas, além de concentrar elementos, tais como: religiosos, econômicos, políticos, socioculturais e simbólicos. (Lazzaretti, 2007). Em geral, tanto profissionais quanto familiares que consentiram com a doação experimentam sentimento de enorme prazer ao se depararem com a concretização da doação e ao refletirem posteriormente sobre o resultado de sua atitude.

Ao ser estimulada a visão, foi manifesto no discurso do GP a incerteza. No entanto, ao se estimular o paladar, outra emoção se contrapôs ao incerto, a satisfação. Da incerteza da

doação à satisfação do transplante, as principais dificuldades enfrentadas pela família no consentimento da doação estão relacionadas à percepção de assistência inadequada ao paciente (Dell Agnolo, Belentani, Zurita, Coimbra, & Marcon, 2009, Fonseca, 2013, Fonseca, & Tavares, 2014, 2015); à determinação do óbito pela ocorrência do diagnóstico de morte encefálica, que acontece ainda com o coração batendo (Lira, Pontes, Schirmer, & Lima, 2012); ao não entendimento como morto o corpo mantido artificialmente em unidade de terapia intensiva (UTI).

Independentemente da ocorrência de um aceite para doação ou de uma recusa, o papel principal de ter orientado os parentes quanto o processo da doação, o empoderando a decidir, é um dos grandes causadores de satisfação, onde pequenos detalhes e esclarecimentos fazem toda a diferença (Fonseca, 2013, Moraes, Santos, Merighi, & Massarollo, 2014). Quando devidamente esclarecidos e compreendidos, a satisfação que o transplante traz, torna-se excelente promotora da elevação da auto-estima.

A motivação para transformar a aflição em contentamento foi evidenciada, quando estimulados os sentidos da audição e do paladar. Na audição, o GP manifestou a esperança como elemento motivador para o trabalho. Todavia, ao se estimular o paladar, identificou-se a aflição causada pela angustia, que pode ser superada pelo contentamento que apareceu no discurso ainda no estímulo do paladar.

Constatou-se, portanto, a necessidade de apoio emocional para auxiliar os familiares, especialmente, em dois momentos frente à morte encefálica: aceitação da realidade da perda, seguida da aflição (Dell Agnolo et al, 2009, Fonseca, 2013).

A autorização da doação conforta e ajuda a dar sentido à morte do familiar, por outro lado, não poder conhecer os receptores é uma grande frustração para a família, que convive com essa expectativa (Bouso, 2006, Ferraz, Santos, Roza, Schirmer, Knih, & Erbs, 2013, Roza, Garcia, Barbosa, Mendes, & Schirmer, 2010, Mendes, Roza, Barbosa, & Schirmer, 2012).

Então, o surgimento e a elucidação de elementos motivadores no processo de doação de órgãos no hospital, deve permear o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesse campo. As aflições – de familiares e de profissionais – podem ser superadas pelo contentamento que vem ao se dar conta de que houve êxito na doação.

O tema Da dor da perda ao jubilo por receber um órgão e finalmente obter qualidade de vida surge do estímulo ao paladar, quando o GP manifestou no discurso a dor que pode ocasionar a perda de um ente querido. Mas, ainda estimulando esse mesmo sentido, outra emoção fez um contraponto - o jubilo da felicidade da família do receptor, a expectativa de proporcionar a esse receptor maior e melhor qualidade de vida, emoção que surgiu também quando o Grupo foi estimulado à audição.

Tristeza e dor são as emoções que surgem com destaque nas experiências das famílias frente à abordagem para doação de órgãos no momento da morte encefálica (Dell Agnolo et al.,

2009, Silva, & Santos, 2010). Essas emoções precisam ser observadas no momento em que é feita a entrevista familiar. Dessa forma, os profissionais precisam estar atentos para não interferir no processo de luto e ainda precisam levar os familiares ao entendimento de que poderão ajudar outras famílias, talvez, a não passarem pelo mesmo sofrimento devido a perda de um ente querido.

Pode-se observar que todos os domínios da qualidade de vida dos pacientes mostram melhora após o transplante, especialmente em relação à percepção geral de qualidade de vida (Mendonca, Torres, Salvetti, Alchieri, & Costa, 2014). Por sua vez, a dor da perda de um ente querido pode ser amenizada pelo fato de compreender o auxílio a outra pessoa que necessita de um órgão para continuar a viver.

CONCLUSÃO

No processo de doação e transplantes de órgãos, os enfermeiros lidam, tanto em relação a si mesmos quanto às famílias envolvidas, com uma diversidade de emoções, identificadas pela expressão de: prazer do resultado, incerteza da doação à satisfação do transplante, motivação para transformar a aflição em contentamento, e dor da perda ao júbilo por receber um órgão e finalmente obter qualidade de vida.

Mesmo com todas as dificuldades cotidianas, os profissionais e familiares mantêm acesa a esperança na resolução final das situações. Essa esperança mostrou-se como motivadora para a continuação de tarefas e superação de barreiras e dificuldades.

Nisto, se compreende que os profissionais de doação e transplantes de órgãos enxergam a relevância das suas atividades, principalmente, os elementos que potencializam sua motivação no cotidiano de trabalho. Esses profissionais devem ainda utilizar a sensibilidade como ferramenta para transpor os possíveis obstáculos que possam surgir em decorrência das ações que precisam tomar em seu cotidiano.

Assim, identificamos que no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais que atuam no processo de doação de órgãos e tecidos para o transplante, ocorrem momentos de sobrecarga que promovem, constantemente, fadiga corpórea e estresse emocional. Os membros das equipes de doação até o transplante de órgãos carregam consigo grandes responsabilidades.

Assim, recomenda-se que os profissionais que trabalham com doação de órgãos utilizem a sensibilidade como ferramenta para transpor os possíveis obstáculos cotidianos e tenham o devido apoio institucional para que possam lidar com suas emoções contraditórias.

Aponta-se como limitação do estudo a ausência da participação de profissionais de outras categorias, atuantes no processo de doação ao transplante no cenário em questão. Por sua vez, a participação exclusiva de enfermeiros possibilitou para estes autores um olhar mais

próximo e reflexões com potencial para suporte instrumental à Enfermagem, no contexto da doação de órgãos e tecidos.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

É possível então chegar à compreensão de que é necessária a ampliação do entendimento sobre o processo de doação ao transplante de órgãos e tecidos para que, com isso, seja aumentada a taxa de aceitação familiar. Pode-se destacar então que, para isso, devem ocorrer: a oportunidade de aplicar novos conhecimentos, aprender a trabalhar em equipe, enriquecimento da aprendizagem por meio de mobilização de recursos internos, entendimento da necessidade da diversificação da atuação nos cenários onde são desenvolvidas as práticas laborais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1994). Análise de conteúdo. São Paulo; Edições 70, 229.
- Brasil. (2012). Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre aspectos éticos em pesquisas com seres humanos. Conselho Nacional de Saúde.
- Bouso R. S. (2006). Um tempo para chorar: a família dando sentido à morte prematura do filho. Doutorado (Tese). Universidade de São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/T.7.2006.tde-27092006-104500>
- Dell Agnolo, C. M., Belentani, L. M., Zurita, R. C. M., Coimbra, J. A. H., & Marcon, S. S. (2009). A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 375-82. Acedido em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343/6990>
- Ferraz, A. S., Santos, L. G. M., Roza, B. A., Schirmer, J., Knihs, N. S., & Erbs, J. L. (2013). Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. *Brazilian Journal of Nephrology*, 35(3), 220-228. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130035>
- Fonseca, P. I. M. N. (2013). Emoções vivenciadas pela equipe multiprofissional de uma central de transplantes na entrevista familiar. Mestrado (Dissertação). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Acedido em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1086>
- Fonseca, P. I. M. N., & Tavares, C. M. M. (2014). O preparo emocional dos profissionais de saúde na entrevista familiar: estudo hermenêutico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 24(4), 496-506. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144690>.
- Fonseca, P. I. M. N., & Tavares, C. M. M. (2015). O manejo das emoções dos coordenadores em transplantes na realização da entrevista familiar para doação de órgãos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe2), 39-44. Recuperado em 15 de janeiro

de 2021, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100007&lng=pt&tlng=pt.

Lazzaretti, C. T.(2007). Dádiva da contemporaneidade: doação de órgãos em transplante intervivos. *Epistemo-somática*, 4(1). Acedido em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000100005&lng=pt&nrm=iso

Lira, G. G., Pontes, C. M., Schirmer, J., & Lima, LI S. (2012). Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 140-5.

Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900022&lng=en&nrm=iso

Mendes, K. D. S., Roza, B. A., Barbosa, S. F. F., & Schirmer, J. G. C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 945-953. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>

Mendonca, A. E. O., Torres, G. V., Salvetti, M. G., Alchieri, J. C., & Costa, I. K. F. (2014). Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 287-292. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400048>

Moraes, E. L., Santos, M. J., Merighi, M. A. B., & Massarollo, M. C. K. B. (2014). Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 226-233. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3276.2406>

Roza, B. A., Garcia, V. D., Barbosa, S. F. F., Mendes, K. D. S., & Schirmer, J. (2010). Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 417-422. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300017>

Santos, I., Gauthier, J., Figueiredo, N. M. A., Tavares, C. M. M., Brandão, E. S., & Santana, R. F. (2006). A perspectiva estética no cuidar/educar junto às pessoas: apropriação e contribuição da sociopoética. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(spe), 31-38. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500003>

Silva, F. S., & Santos, I. (2010). Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Escola Anna Nery*, 14(2), 230-235. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200004>

Souza, M. M. T., Passos, J. P., & Tavares, C. M. M. (2015). Suffering and precariousness at work in nursing. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2072-2082. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2072-2082>.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Alcoolista: experiência brasileira

Flávia Fonseca Venancio*, **Ariane Araújo Lacerda****, **Lucas Queiroz Subrinho*****,
Marcos Vinicius Ferreira dos Santos****, **Marluce Mechelli de Siqueira*******

*Graduanda de Enfermagem na Universidade Federal do Espírito (UFES); Membro da equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: Inteconexões (CEPADi), Rua Professor Telmo de Souza Torres 713, 29101-295, Vila Velha- Espírito Santo, Brasil. E-mail: flavia.venancio2007@hotmail.com

**Graduanda de Enfermagem na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Membro da equipe técnica do CEPADi-UFES. 29047-105, Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: arianearaujo9@hotmail.com

***Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Enfermeiro do Programa de Atenção ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (PAA-HUCAM); Pesquisador do CEPADi-UFES. E-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com

****Prof. Adjunto do curso de Enfermagem do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES); Coordenador do CEPADi-UFES, 29047-105, Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: mvsantos@hotmail.com

*****Profª Titular do Deptº de Enfermagem, Programas de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) e em Saúde Coletiva (PPGSC); Coordenadora de Pesquisa do CEPADi-UFES, 29047-105, Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: marluce.siqueira@outlook.com.br

RESUMO

CONTEXTO: O Programa de Atenção ao Alcoolista é um campo onde o enfermeiro tem a possibilidade de desempenhar a assistência de maneira sistematizada mediante a Consulta de Enfermagem. Estudos desvelam que, mesmo de tamanha importância, os enfermeiros não se sentem preparados para desempenharem o Processo de Enfermagem em Saúde Mental.

OBJETIVO(S): Relatar a experiência de bolsistas de treinamento em serviço na aplicação de um protocolo assistencial de Consulta de Enfermagem no Programa de Atenção ao Alcoolista.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir das Consultas de Enfermagem, desenvolvidas de setembro de 2019 até dezembro de 2020, realizadas pelas bolsistas de treinamento em serviço mediante execução do Protocolo Assistencial nº 002/2019, com supervisão do enfermeiro do serviço. **RESULTADOS:** Foram assistidos 70 usuários em 238 consultas de enfermagem. O perfil predominante foi de: pessoas de 50 a 59 anos, gênero masculino e que residiam na região metropolitana de saúde.

As bolsistas desenvolveram as consultas em cinco etapas entrelaçadas por bases teóricas de enfermagem. Plano de cuidado, materiais educativos e cartões de controle foram algumas

das estratégias utilizadas. Reuniões de Sala de Espera (RSE) também foram realizadas para a construção de um espaço de troca de experiências e conhecimento entre todos os usuários e familiares. **CONCLUSÕES:** A execução da Consulta de Enfermagem foi percebida como fundamental para uma assistência de enfermagem qualificada e organizada em Saúde Mental. Essa experiência possibilitou a formação profissional e a futura replicação dessas práticas em outros campos de atuação dos bolsistas.

Palavras-Chave: Processo de Enfermagem; Saúde Mental; Alcoolismo.

ABSTRACT

BACKGROUND: Alcohol Addiction Treatment Program is a health service where nurses have the possibility to provide care in a systematic way through the Nursing Consultation. Studies shows that, even of such importance, nurses do not feel prepared to make Nursing Process in Mental Health services. **AIM:** To report the experience of in-service training scholarship student in the execution of a nursing consultation protocol in an Alcohol Addiction Treatment Program. **METHODS:** This is a report of experiences developed through a practical activity developed, from September 2019 until December 2020, executed for in-service training scholarship student follow the Assistance Protocol nº 002/2019, supervised by a nurse from service. **RESULTS:** 70 users were assisted in 238 nursing consultations. The predominant user profile was: people between 50 and 59 years old, male and living in the metropolitan health region. The scholarships developed consultations in five stages intertwined by theoretical nursing bases. Care plan, educational materials, control cards were some of the strategies used. Group meetings with users and family members was made. **CONCLUSIONS:** The execution of the Nursing Consultation was realized as fundamental experience for a quality nursing care in Mental Health. This experience allowed professional learning and training and, also, the future replication of these practices in other fields of in-service training scholarship student.

Keywords: Nursing Process; Mental Health; Alcoholism.

RESUMEN

CONTEXTO: El Programa de Atención Alcohólica es un campo donde las enfermeras tienen la posibilidad de brindar asistencia de manera sistemática mediante de la Consulta de Enfermería. Los estudios revelan que, incluso de tal importancia, el enfermero no se siente preparado para realizar el Proceso de Enfermería en Salud Mental. **OBJETIVO(S):** Informar la experiencia de los becarios en formación en servicio en la aplicación de un protocolo de asistencia a la consulta de enfermería en el Programa de Atención Alcohólica. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, elaborado a partir de las Consultas de Enfermería, desarrollado desde septiembre de 2019 hasta

diciembre de 2020, realizado por los becarios de formación en servicio mediante la ejecución del Protocolo de Asistencia nº 002/2019, con supervisión de la enfermera de servicio.

RESULTADOS: 70 usuarios fueron atendidos en 238 consultas de enfermería. El perfil predominante fue: personas entre 50 y 59 años, varones y residentes en la Región Metropolitana de Salud. Los becarios desarrollaron consultas en cinco etapas entrelazadas por bases teóricas de enfermería. Plan de cuidados, materiales educativos, tarjetas de control fueron algunas de las estrategias utilizadas. También se realizaron reuniones en la Sala de Espera (RSE) para construir un espacio de intercambio de experiencias y conocimientos entre todos los usuarios y familiares. **CONCLUSIONES:** La ejecución de la Consulta de Enfermería se percibió como fundamental para una asistencia de enfermería calificada y organizada en Salud Mental. Esta experiencia permitió la formación profesional y la futura replicación de estas prácticas en otros campos de actividad de los becarios.

Palabras Clave: Proceso de Enfermería; Salud Mental; Alcoholismo.

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) do Brasil orienta que o trabalho do profissional de enfermagem deve ser organizado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) quanto ao método, pessoal e instrumentos, para a implementação do Processo de Enfermagem (PE) (Cofen, 2009). Uma SAE bem aplicada resulta em uma assistência segura e de qualidade, além de promover a valorização do profissional (Barros et al., 2015).

Na saúde mental, o PE também deve ser aplicado, porém estudos apontam que a maioria dos enfermeiros não se sentem preparados para atuar na Saúde Mental (Oliveira & Alessi, 2003). Nessa realidade, o Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA-HUCAM-UFES) torna-se um importante dispositivo de extensão para acadêmicos de enfermagem desenvolverem e aplicarem tecnologias em saúde mental.

Lembramos que é importante que o cuidado deva ser prestado também para as comorbidades decorrentes do álcool e que o profissional atuante não restrinja sua abordagem apenas sobre o consumo (Brasil, 2018). No caso do enfermeiro, esse poderá implantar estratégias para a promoção do autocuidado tanto a nível individual e quanto ao coletivo (Subrinho et al., 2018). Na busca de contribuir na formação profissional, o Hucam oferta, aos acadêmicos de enfermagem, bolsas de treinamento em serviço no PAA. Essa oferta favorece o processo de ensino-aprendizado ao aproximar sala de aula com campo de prática. Essa oferta, junto com a emissão do Protocolo Assistencial nº 002/2019, que norteia as consultas de enfermagem no serviço, possibilitou a construção desse relato de experiência.

Diante do exposto, o trabalho tem como objetivo a experiência de bolsistas de treinamento em serviço na aplicação de um protocolo assistencial de Consulta de Enfermagem no Programa de Atenção ao Alcoolista.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, tipo relato de experiência, elaborado a partir das Consultas de Enfermagem (CE) realizadas pelas bolsistas de treinamento em serviço no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, Espírito Santo, Brasil. As Consultas ocorreram seguindo o Protocolo Assistencial nº 002/2019, documento institucionalizado no Hucam para guiar as CE ao alcoolista.

Para a construção do relato de experiência, utilizamos das estratégias: inserção no campo de prática, por meio das bolsas de treinamento em serviço ofertadas pelo Hucam; participação das reuniões do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: interconexões (Cepadi) e realização dos ciclos de estudos de caso clínico baseado nos usuários atendidos no PAA. As estratégias citadas possibilitaram uma *práxis* reflexiva aliada ao processo de ensino-aprendizagem (Lima et al., 2015). Ao mesmo tempo em que o serviço pode ofertar um maior número de CE, o que foi essencial, visto a alta demanda e a baixa oferta da rede de saúde de serviços voltados a população alcoolista (Oliveira & Garcia, 2011). O campo escolhido foi o PAA, localizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam) na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). O Programa, criado no ano de 1985, é referência para o estado do Espírito Santo ao ser um importante dispositivo de produção de conhecimento científico e de atenção ao alcoolista (Andrade et al., 2018; Siqueira, 2013).

Tem como objetivo, oferecer assistência de acordo com as necessidades e singularidades das diversas realidades de cada usuário, ao realizar uma abordagem pautada na identificação da demanda de saúde e no diálogo. Conta com uma equipe multiprofissional composta por profissionais da área da enfermagem, medicina, serviço social e psicologia. Além de estudantes de graduação dos cursos de enfermagem e medicina (Andrade et al., 2018).

RESULTADOS

Perfil da clientela assistida

Desde o início da implementação do Protocolo Assistencial de Enfermagem (PAE), emitido em 19 de setembro de 2019, até dia 31 de dezembro de 2020, foram assistidos 70 usuários. No total foram 238 consultas, sendo 168 consultas de retorno. Referente ao perfil dos usuários, 84,3% (59) eram do gênero masculino e 15,7% (11) do gênero feminino (Gráfico 1). Em relação a faixa etária (Gráfico 2), 40% (28) tinham idade de 50 a 59 anos. A idade mínima 35 anos e a máxima 82 anos.

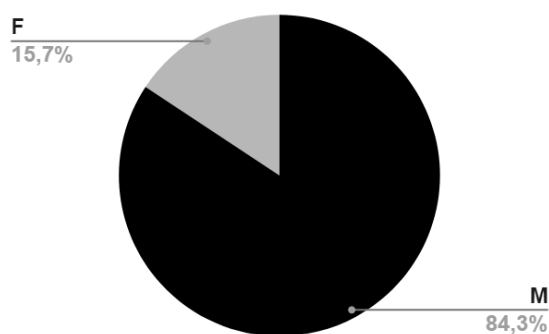


Gráfico 1 – Gênero dos usuários assistidos no PAA, Vitória, ES, Brasil, 2019 - 2020

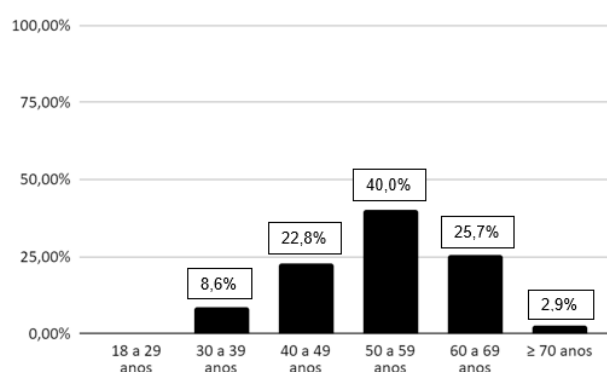


Gráfico 2 – Faixa etária dos usuários assistidos no PAA, Vitória, ES, Brasil, 2019 - 2020

No Gráfico 3, que diz respeito às residências dos usuários assistidos, 88,6% (62) eram da região metropolitana, 5,7% (4) da região sul, 2,9% (2) da região central e 2,9% (2) de outras regiões. As regiões foram selecionadas de acordo com o mapa das regiões de saúde do estado do Espírito Santo, vigente no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011 (Governo do Espírito Santo, 2011).

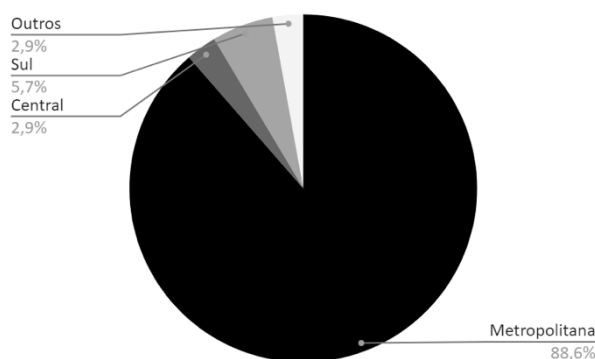


Gráfico 3 – Residências dos usuários assistidos no PAA de acordo com as regiões de saúde, Vitória, ES, Brasil, 2019 - 2020

Consulta de Enfermagem no cuidado ao alcoolista

A CE desenvolvida no PAA seguiu as instruções previstas no PAE nº 002/2019, em preceptoria do Enfermeiro do Programa. Protocolos Assistenciais são instrumentos que fornecem um conjunto de informações para organização do processo de trabalho. São imprescindíveis para a execução de uma assistência de excelência e padronizada em enfermagem e segura para o usuário e o profissional (Krauzer et al., 2018). Os Protocolos Assistencias podem prever ações de avaliação, diagnósticos e intervenções no campo da enfermagem e/ou compartilhada com outros profissionais.

A CE foi constituída no Protocolo tendo como base teórica as Necessidades Humanas Básicas (NHB), Autocuidado e, os fatores de estresse e reconstituição ou adaptação, preconizados por Wanda de Aguiar Horta, Dorothea Elizabeth Oreme e Betty Neuman, respectivamente (McEwen & Wills, 2016, p. 133).

As CE no PAA seguiram as cinco etapas da figura abaixo:

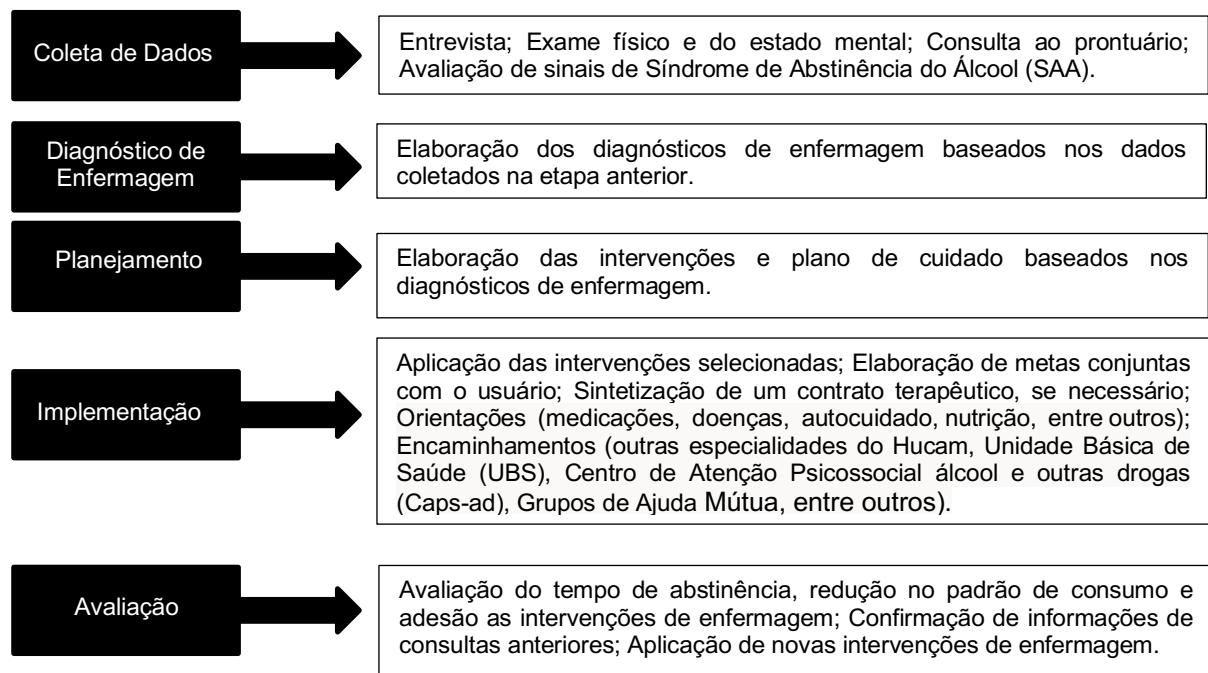


Figura 1 – Etapas das Consultas de Enfermagem desenvolvidas no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, ES, Brasil, 2021.

Dentro das CE, as bolsistas de treinamento em serviço desenvolveram atividades com auxílio de: cartilhas “Orientações gerais para pacientes e familiares”; “Direção e Álcool”; “Orientação para Pacientes Diabéticos”; “Nutrição e Alcoolismo”; “Viva a Vida: uma experiência de prevenção”; e cartões “Controle de Medicações Orais”; “Controle de Insulinoterapia e Glicemia Capilar”.

As consultas ocorreram nas segundas, quartas e quintas-feiras, turno vespertino. O usuário teve acesso ao enfermeiro por meio de livre demanda ou encaminhado por outros profissionais da equipe. A primeira consulta com o profissional enfermeiro, em regra, durou

de 40 a 60 minutos. Enquanto que as consultas de retorno foram programadas para acontecerem no espaço de 20 a 30 minutos.

Na primeira consulta, as bolsistas levantaram as necessidades do usuário a partir da entrevista e do exame físico. Nesse primeiro momento, o perfil sócioeconômico e demográfico do usuário foram pesquisados, como: gênero, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, relações familiares, rede de apoio etc. Em relação ao álcool, o tempo de abstinência do álcool, o padrão de consumo, o consumo de outras drogas foram os principais itens pesquisados.

O exame físico, apesar de céfalo-podálico, possuiu uma maior atenção nas alterações no abdome, ausculta pulmonar, integridade da pele, aspecto das mucosas e genitália, devido às comorbidades mais frequentes nos usuários alcoolistas.

Mediante os achados, formulou-se os principais diagnósticos de enfermagem, a partir do sistema de classificação *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. As intervenções relacionadas com cada diagnóstico foram traçadas com o auxílio da classificação *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Por fim, produziu um plano de cuidado, juntamente com o usuário, abrangendo as intervenções selecionadas e o alcance de metas conjuntas, sintetizadas em um contrato terapêutico. Quando necessário, as metas eram discutidas com outros membros da equipe.

Nas consultas de retorno, as bolsistas revisaram o histórico do usuário, avaliaram a manutenção da abstinência e a redução do consumo e, ainda, analisaram as intervenções propostas na primeira consulta, se foram aderidas integral ou parcialmente pelo usuário e como a adesão poderia ser reforçada para manutenção da abstinência ou redução dos riscos do consumo de álcool.

Em caso de Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) grave, os usuários foram encaminhados para internação de curta duração no serviço de gastroenterologia do Hucam. Essa decisão sempre foi tomada em conjunto com os demais membros da equipe do PAA.

Além das CE, foram realizadas Reuniões de Sala de Espera (RSE) com o objetivo de construir um espaço de troca de experiências e conhecimento entre todos os usuários e familiares do PAA. As RSE são atividades em grupo focadas na educação em saúde e redução de ansiedade pela espera pelo atendimento individual. Os temas abordados foram: higiene bucal, tuberculose, diabetes, cirrose hepática, hipertensão e ansiedade.

Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem

O PAA conta com um acervo digital de 81 diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções, levantados a partir de dados coletados em consultas. O acervo é um instrumento que facilita e torna mais dinâmico a construção do plano de cuidado e a evolução em prontuário do usuário atendido.

Dentre esses diagnósticos e intervenções, elencamos no Quadro 1, os principais vivenciados, segundo a percepção os bolsistas de treinamento em serviço ao desenvolverem os atendimentos.

Quadro 1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem a partir do sistema de classificação NANDA (2018 – 2020) e NIC (2016) mais comuns no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, ES, Brasil, 2021.

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
1. Controle ineficaz da saúde	Ensino: medicamentos prescritos Ensino: processo da doença Modificação de comportamento	6. Ansiedade	Aconselhamento Apoio emocional Melhora do enfrentamento Grupo de apoio Redução da ansiedade Promoção do exercício
2. Insônia	Melhora do sono Redução da ansiedade Monitorização das extremidades inferiores Relaxamento muscular progressivo	7. Conhecimento deficiente	Ensino: processo da doença Ensino: procedimento/tratamento Ensino: medicamentos prescritos Mobilização familiar Ensino: indivíduo
3. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Educação: dieta prescrita Aconselhamento Nutricional Monitoração nutricional Controle de Peso	8. Risco de suicídio	Prevenção do suicídio Grupo de apoio Encaminhamento Notificação
4. Desesperança	Melhora do sistema de apoio Aconselhamento Estabelecimento de metas mútuas Promoção de esperança Fortalecimento da autoestima	9. Saúde deficiente na comunidade	Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares Encaminhamento
5. Processos familiares disfuncionais	Promoção do envolvimento familiar Ensino: processo da doença	10. Integridade da pele prejudicada	Supervisão da pele Controle de prurido Cuidados com lesões

DISCUSSÃO

A experiência relatada abordou dois pontos centrais da enfermagem: o campo para desempenhar o processo de ensino-aprendizagem na formação profissional e a execução do Processo de Enfermagem de maneira institucionalizada e sistematizada, conforme preza o Sistema Único de Saúde (SUS) e Cofen do Brasil (Brasil, 1990; Cofen, 2009).

Dificuldades relacionadas a articular academia com campo de prática e a incompatibilidade curricular com a lógica do serviço já são relatadas na literatura (Santos et al., 2013; Lima et al., 2015). Contudo, com a experiência, foi possível desenvolver diversas atividades inerentes ao Enfermeiro, sempre guiados pelo Protocolo Assistencial estabelecido para a Consulta de Enfermagem e em preceptoria de um profissional capacitado.

Diferente do Protocolo Operacional Padrão (POP), que visa apenas a descrição e padronização de execução de algum procedimento, como a administração de medicação

intramuscular. O Protocolo Assistencial é mais amplo ao conduzir as ações do profissional para a prevenção, recuperação ou reabilitação (Krauzer et al., 2018).

Observamos que a execução do processo de enfermagem possibilita a continuidade da assistência e a valorização do profissional frente ao usuário e aos demais membros da equipe. Essa percepção é consonante aos achados da literatura, mas eles vão além, ao afirmarem que o uso de sistemas de classificação como a NANDA e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) aumentam a qualidade da documentação e dão suporte teórico às práticas (Gonçalves, Sequeira, Silva, 2019).

Ainda não exista a rotina sobre o registro, em prontuário, dos resultados esperados conforme termos previstos na *Nursing Outcomes Classification* (NOC), porém observamos que as intervenções executadas no PAA possuíam um propósito: solucionar ou amenizar a queixa apresentada pelo usuário reabilitando-o para execução do autocuidado ou reestabelecimento das suas necessidades humanas básicas.

O acesso facilitado ao enfermeiro nos deu uma maior proximidade com o usuário do serviço o que pode favorecer o sentimento de acolhida e, conseqüentemente, uma maior adesão as intervenções de enfermagem.

CONCLUSÃO

A experiência de executar o processo de enfermagem, de forma sistematizada com diagnósticos e intervenções dentro de um dispositivo de cuidado em saúde mental, possibilitou a formação profissional e a futura replicação dessas práticas em outros campos de atuação, seja na Atenção Primária, Secundária ou Terciária.

Também se evidenciou que a assistência do enfermeiro é algo muito além de administração de medicamentos ou atividades gerenciais. Com isso, o PAE é essencial para um trabalho sistematizado e contínuo.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O presente relato de experiência poderá contribuir para replicação em outras realidades ou estruturação de dispositivos de cuidados voltados ao alcoolista e no incentivo da manutenção de práticas de bolsas de treinamento em serviço na graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, Laerson da Silva de, Seabra, Larissa de Oliveira, Oliveira, Larissa Bezerra de, Albane, Sibebe, Subrinho, Lucas, Portugal, Flávia Batista, & Siqueira, Marluce Mechelli de. (2017). Programa de Atenção ao Alcoolista: 30 Anos de Ensino-Assistência, Pesquisa e Extensão. *Revista Guará*, 8, 131-140. Doi: 10.30712/guara. v5i8.15820

Brasil. (2018). Curso escuta: Entrevista motivacional. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). (2009). RESOLUÇÃO Cofen-358/2009.

Gonçalves, Patrícia, Sequeira, Carlos Alberto da Cruz, & E Silva, M. (2019). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review*, 66(2), 199–208. Doi: 10.1111/inr.12493

Governo do Espírito Santo. Secretaria da Saúde. (2011). Plano Diretor de Regionalização da Saúde.

Krauzer, Ivete Maroso, Dall’Agnoll, Clarice Maria, Gelbcke, Francine Lima, Lorenzini, Elisiane, & Ferraz, Lucimare (2018). The construction of assistance protocols in Nursing work. *Revista Mineira de Enfermagem*. 1-8. Doi: 10.5935/1415-2762.20180017

Lima, Patrícia Acioli de Barros, & Rozendo, Célia Alves. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(Supl. 1), 779-791. Doi: 10.1590/1807-57622014.0542

McEwen, Melanie, & Wills, Evelyn. (2016). *Bases Teóricas da Enfermagem*. Artmed.

Oliveira, Alice G. Bottaro de, & Alessi, Neiry Primo. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 333-340. Doi: 10.1590/S0104-11692003000300011

Oliveira, Edinéia Figueira dos Anjos, & Garcia, Maria Lúcia Teixeira. (2011). A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. *Revista Katálysis*, 14(1), 50-58. Doi: 10.1590/S1414-49802011000100006

Santos, Debora de Souza, Almeida, Lenira Maria Wanderley Santos de, & Reis, Renata Karina. (2013). Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1431-1436. Doi: 10.1590/S0080-623420130000600026

Siqueira, Marluce Miguel de (org.). (2013). *Síndrome de dependência alcoólica - da teoria à prática do cuidar*. EDUFES.

Subrinho, Lucas Queiroz, Sena, Edite Lago da Silva, Santos, Vanessa Thamyris Carvalho, & Carvalho, Patrícia Anjos Lima de. (2018). Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Saúde e Sociedade*, 27(3), 834-844. Doi: 10.1590/s0104-12902018180079

Determinantes de bem-estar subjetivo em pessoas idosas na comunidade

Olga Valentim*, Maria Cecília Machado**, Tatiana Costa***, Ana Isabel Querido****
Carlos Laranjeira***** & Lídia Moutinho*****

*Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta no Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Desabilitação das Taipas; Investigadora no CINTESIS, Grupo NursID. Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro, 2411-901 Leiria, Portugal. E-mail: ommvalentim3@gmail.com

**Licenciada em enfermagem; Enfermeira no Departamento de Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas no Hospital Dr. José de Almeida (Cascais), Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves, 2755-009 Alcabideche, Lisboa - Portugal. E-mail: Ceciliamachado20@hotmail.com

***Licenciada em enfermagem; Enfermeira na Infeciologia C, Hospital Egas Moniz-2705-147, Lisboa, Portugal. E-mail: tatiana.verissimo.costa@gmail.com

**** Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta no Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde; Investigadora no ciTechCare (Politécnico de Leiria) e no no CINTESIS, Grupo NursID, Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro, 2411-901 Leiria. E-mail: ana.querido@ipleiria.pt

*****Doutor em Ciências de Enfermagem; Professor Adjunto no Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde; Investigador na RECI (Instituto Piaget) e no ciTechCare (Politécnico de Leiria), Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro, 2411-901 Leiria. E-mail: carlos.laranjeira@ipleiria.pt

***** Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta no Instituto Politécnico da Lusofonia-IPLUSO; Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 1700-049 Lisboa, Portugal. E-mail: lidiamoutinho@live.com.pt

RESUMO

CONTEXTO: O bem-estar subjetivo tem como propósito dar a conhecer a avaliação que o sujeito, neste caso a pessoa idosa, faz da sua própria vida e do seu desenvolvimento pessoal. As condições socioeconómicas e os comportamentos de saúde, podem explicar parte desse bem-estar. **OBJETIVO(S):** Conhecer os determinantes do bem-estar subjetivo na pessoa idosa inserida na comunidade. **MÉTODOS:** Estudo descritivo e transversal, com amostragem por conveniência em indivíduos com idade ≥ 65 anos. Instrumentos: Questionário sociodemográfico e clínico; Escala de Satisfação com a Vida; Escala de Afetividade Positiva e Negativa; Escala de Vulnerabilidade Psicológica; Escala de Satisfação com Suporte Social; e Escala de Felicidade Subjetiva. Utilizou-se estatística descritiva e não paramétrica e a

significância adotada foi $p < 0,05$. **RESULTADOS:** A amostra de 54 pessoas, é maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idades de 70,89 anos, e de 6,76 anos de escolaridade. A maioria referiu ter uma saúde razoável, não fumar, não beber bebidas alcoólicas e não fazer exercício físico. Os participantes apresentaram valores mais elevados de Satisfação com a Vida, de Afeto Positivo, Felicidade Subjetiva e Suporte Social. As mulheres apresentam valores mais elevados de Felicidade e as pessoas que não fumam apresentam uma maior Satisfação com a Vida e com as Atividades Sociais. **CONCLUSÕES:** Este estudo reforça a necessidade de intervenção ao nível da promoção do bem-estar. Intervir na adesão ao exercício físico, e capacitar através da educação/sensibilização para a importância de não-fumar e para a diminuição do sedentarismo, poderá ajudar estas pessoas a manter a capacidade funcional e o bem-estar.

Palavras-Chave: Idoso; Bem-estar; Comunidade; Enfermagem

ABSTRACT

BACKGROUND: The purpose of subjective well-being is to make known the assessment that the subject, in this case the elderly person, makes of his/her own life and personal development. Socio-economic conditions and health behaviors may explain part of this well-being. **AIM:** To know the determinants of subjective well-being in the elderly person integrated in the community. **METHODS:** Descriptive and cross-sectional study, with convenience sampling in individuals aged ≥ 65 years. Instruments: Sociodemographic and clinical questionnaire; Life Satisfaction Scale; Positive and Negative Affectivity Scale; Psychological Vulnerability Scale; Social Support Satisfaction Scale; and Subjective Happiness Scale. Descriptive and non-parametric statistics were used and the significance adopted was $p < 0.05$. **RESULTS:** The sample of 54 people is mostly female, with an average age of 70.89 years, and 6.76 years of schooling. Mostly reported having reasonable health, not smoking, not drinking alcohol and not exercising. The participants showed higher values of Satisfaction with Life, Positive Affection, Subjective Happiness and Social Support. Women have higher values of Happiness and people who do not smoke have greater Satisfaction with Life and Social Activities. **CONCLUSIONS:** This study reinforces the need for intervention in terms of promoting well-being. Intervening in adherence to physical exercise, and training through education/awareness of the importance of non-smoking and to reduce sedentariness, can help these people to maintain their functional capacity and well-being.

Keywords: Aged; Welfare; Community; Nursing

RESUMEN

CONTEXTO: El objetivo del bienestar subjetivo es dar a conocer la valoración que el sujeto, en este caso el anciano, hace de su propia vida y desarrollo personal. Las condiciones socioeconómicas y los comportamientos de salud pueden explicar parte de este bienestar.

OBJETIVO(S): Conocer los determinantes del bienestar subjetivo en los adultos mayores de la comunidad.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y transversal, con muestreo de conveniencia en individuos de 65 años y más. Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y clínico; Escala de Satisfacción de Vida; Escala de Afectividad Positiva y Negativa; Escala de Vulnerabilidad Psicológica; Escala de Satisfacción de Apoyo Social; y Escala de Felicidad Subjetiva. Se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica y la significancia adoptada fue $p < 0.05$.

RESULTADOS: La muestra de 54 personas es mayoritariamente femenina, con una edad promedio de 70,89 años y 6,76 años de escolaridad. La mayoría informó tener una salud razonable, no fumar, no beber alcohol y no hacer ejercicio. Los participantes presentaron valores más altos de Satisfacción con la Vida, Afecto Positivo, Felicidad Subjetiva y Apoyo Social. Las mujeres tienen valores más altos de felicidad y las personas que no fuman tienen una mayor satisfacción con la vida y las actividades sociales.

CONCLUSIONES: Este estudio refuerza la necesidad de intervención en términos de promoción del bienestar. Intervenir en la adherencia al ejercicio físico, y entrenar a través de la educación/conciencia de la importancia de no fumar y reducir el sedentarismo, puede ayudar a estas personas a mantener su capacidad funcional y su bienestar.

Palabras Clave: Anciano; Bienestar; Comunidad; Enfermería

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um evidente aumento na esperança de vida, o que agravou o envelhecimento demográfico a nível mundial. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o panorama atual em que vivemos contempla uma sociedade francamente envelhecida, sendo que a faixa etária das pessoas idosas se sobrepõe à faixa jovem (INE, 2017).

O envelhecimento da população, em Portugal, resulta quer do aumento da esperança de vida quer da baixa taxa de natalidade sendo Portugal, um dos países mais idosos da União Europeia (World Health Organization [WHO], 2017).

Antunes e Almeida (2019) referem que o envelhecimento é um processo normal e dinâmico, que embora se manifeste e evidencie de forma mais notória no fim da vida, tem início no momento do nascimento desenvolvendo-se ao longo do ciclo vital. Pode ser apreendido a diversos níveis: a) biológico dado que as características da velhice se traduzem com a idade nas modificações do aspeto e num aumento das doenças; b) social pela mudança de estatuto provocada com a passagem à reforma; e c) psicológico nas modificações das atividades intelectuais, motivações e vínculos relacionais. Sendo assim, numa perspetiva

multidimensional, o processo de envelhecimento resulta da interdependência de múltiplas sequências de desenvolvimento, influenciadas por diversos fatores como biológicos, sociais e psicológicos que interagem de maneira contínua. Não obstante as perdas (físicas, sensoriais, cognitivas, entre outras) relacionadas ao envelhecimento, é importante que essas pessoas se mantenham ativas, participantes e integradas na sociedade onde vivem. Destaca-se a necessidade de desenvolver de respostas adequadas para o envelhecimento saudável e ativo, estimulando a independência, produtividade, integração na sociedade e correspondente bem-estar (Tavares et al., 2017).

Quando ao bem-estar, surge relacionado com a satisfação com a vida. Em conjunto, estes conceitos influenciam a valorização que a pessoa faz sobre as suas atividades, circunstâncias e sucessos/fracassos que desenvolvem na sua vida. A satisfação com a vida está relacionada com o poder subjetivo de ajustamento da pessoa idosa às alterações da vida que surgem nesta etapa (Cardiga, 2016).

Para Galinha e Pais Ribeiro (2005), o bem-estar subjetivo é composto por duas dimensões: a dimensão cognitiva consiste na avaliação do indivíduo sobre a sua vida e vai conduzir a um maior ou menor grau de satisfação com a vida; e a dimensão emocional, que indica o grau de felicidade do indivíduo relativamente à sua vida. Cardiga (2016) inclui nesta dimensão emocional, variáveis como a satisfação com a vida, satisfação conjugal, ausência de depressão e ansiedade, e a presença de emoções e humor positivos.

O bem-estar psicológico na pessoa idosa possibilita o envelhecimento bem-sucedido, enquanto processo de maximização dos ganhos e consequentemente, minimização das perdas (Cardiga, 2016). É especialmente nesta fase da vida que se deve ter em consideração a dificuldade das pessoas idosas em iniciar novos relacionamentos e a dificuldade que sentem em aproximarem-se de pessoas com as quais não se identificam (Azevedo, 2015).

A prevalência do sentimento de felicidade nas pessoas idosas e os seus fatores associados, no âmbito da saúde, constitui uma temática pouco estudada em Portugal. A presente investigação centra-se no bem-estar da pessoa idosa residente na comunidade. É de particular interesse a avaliação do bem-estar destas pessoas, visto que se tem verificado um aumento na população idosa, pelo que é vital garantir-lhes não só uma maior longevidade, mas também melhores níveis de satisfação com a vida, bem-estar psicológico e suporte social. Assim, o presente estudo teve como objetivo principal conhecer os determinantes de bem-estar subjetivo da pessoa idosa.

MÉTODOS

Desenho do estudo: Estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, com amostragem por conveniência, não probabilística através da técnica de bola de neve divulgada como *snowball sampling*. A amostra foi constituída por 54 pessoas com idade igual

ou superior a 65 anos, residentes na zona de Sintra (Lisboa), com capacidade de leitura e compreensão da língua portuguesa.

Instrumentos: a) Questionário realizado pelos autores que incluiu a caracterização sociodemográfica e de saúde, relativa à: percepção da saúde geral, realização de exercício físico, consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas; b) Escala de Satisfação com a Vida - SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, versão traduzida por Baptista, 2011); é constituída por cinco itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, sendo que 1- “Discordo Totalmente” e 7- “Concordo Totalmente”, pelo que a pontuação pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa a pontuação média, esta escala apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,77; c) Escala Afetividade Positiva e Afetividade Negativa – PANAS (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) que mede a componente afetiva do bem-estar subjetivo, constituída por 20 itens, 10 itens referentes a emoções positivas para a escala de Afeto Positivo (AP) e outros 10 itens referentes a emoções negativas para a escala de Afeto Negativo (AN), avaliado através de uma escala de Likert que varia desde nada ou muito ligeiramente (1), a Extremamente (5). Como tal, os resultados variam entre 5 a 50 pontos em ambas as escalas. Os valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) variam entre 0,86 e 0,90 para a subescala AP e valores entre 0,84 e 0,87 na subescala na; d) Escala de Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) constituída por 15 itens, de resposta tipo likert, com cinco posições que variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Avalia quatro dimensões: “satisfação com amigos”, “intimidade”, “satisfação com a família” e “atividades sociais”. A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A consistência interna (alfa de *Cronbach*) da escala total é de 0,85 e nas dimensões da escala o alfa de *Cronbach* variou entre 0,64 e 0,83; e) Escala de Vulnerabilidade Psicológica (Nogueira, 2017); tem seis itens de autopreenchimento e cota numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1 “não me descreve nada” até 5 “descreve-me muito bem”. A consistência interna medida através do Alfa de *Cronbach*, foi de 0,77; f) Escala Felicidade Subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012), inclui quatro itens. A resposta para cada item é dada numa escala visual analógica com 7 posições, em que 1 é representado pelo “menor nível de felicidade” e 7 “maior nível de felicidade”. A pontuação total é obtida através da média das respostas nos quatro itens (o quarto item é revertido). Pontuações mais altas correspondem a uma maior felicidade subjetiva. Apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,92.

Procedimentos: Os princípios éticos constantes na declaração de Helsínquia foram respeitados, sendo garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato. Foi obtida autorização da comissão de ética da Escola Superior de Saúde Atlântica (CE_08-03-2020) para a realização do estudo e foi obtido o consentimento informado dos participantes após explicação dos objetivos e procedimentos. A recolha dos dados foi efetuada entre os meses

de março e abril de 2020. A análise de dados foi feita através da utilização do programa informático SPSS (IBM -*Statistical Program for Social Sciences* – versão 25.0). Utilizou-se estatística descritiva e inferencial, não paramétrica e os resultados são considerados estatisticamente significativos para um nível de significância de 5% ou 1%.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 21 idosos do sexo masculino (38,9%) e 33 (61,1%) do sexo feminino, residentes na zona de Sintra (Lisboa). A maioria dos participantes tinha filhos (85,2%), estava casada ou em união de facto (68,5%), era reformada (68,5%), classificava a sua situação económica como média (68,5%) e residia com o cônjuge (51,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica (N=54)

Características Sociodemográficas					
Sexo	nº	%	Filhos	nº	%
Feminino	33	61,1	Não	6	12,9
Masculino	21	38,9	Sim	46	87,1
Situação Profissional	nº	%	Situação Económica	nº	%
Reformado	37	68,5	Má	4	7,4
Trabalhador	15	27,8	Média	37	68,5
Desempregado	1	1,9	Boa	12	22,2
Estudante	1	1,9	Muito boa	1	1,9
Com quem vive	nº	%	Estado Civil	nº	%
Cônjuge	28	51,9	Casado/união de facto	37	68,5
Sozinho(a)	11	20,4	Viúvo	13	24,1
Outros familiares	8	14,8	Divorciado/Separado	4	7,4
Cônjuge e familiares	7	13,0			

A distribuição das idades variou entre os 65 e os 88 anos, com uma média de idades de 70,89 anos (DP=5,42). No que diz respeito ao número de anos de escolaridade, a amostra era composta por participantes sem escolaridade (embora soubessem ler e escrever) e um máximo de 16 anos de escolaridade completos, registando uma média de 6,76 anos (DP= 3,74).

A maioria referiu ter uma saúde entre razoável (53,7%) a boa (31,5%). Também, a maior parte dos participantes não fuma (77,8%), sendo que as 12 pessoas que fumam, consomem entre os 6 a 12 cigarros/dia com uma média de 9,25 cigarros/dia (DP=1,86). 55,6% dos participantes não bebe bebidas alcoólicas, os que bebem, consomem entre uma a três bebidas

alcoólicas/dia com uma média de 1,41 bebidas/dia (DP=0,73). A maioria dos participantes não faz exercício físico (63%). Apenas 20 participantes praticam exercício físico entre uma a seis vezes por semana com uma média 2,55 vezes por semana (DP=1,31) (Tabela 2).

Tabela 2- Características de saúde (N=54)

Saúde no geral	nº	%	Fuma	nº	%
Má	5	9,3	Não	42	77,8
Média	29	53,7	Sim	12	22,2
Boa	17	31,5			
Muito boa	3	5,6			
Exercício físico	nº	%	Bebidas alcoólicas	nº	%
Não	34	63,0	Não	30	55,6
Sim	20	37,0	Sim	24	44,4

Verificou-se que os participantes obtiveram valores elevados na Escala Satisfação com a Vida (M = 22,77; DP=5,37) e na PANAS - Afeto Positivo (AP) (M=28,33; DP=9,20) e valores mais baixos na PANAS - Afeto Negativo (M=19,83; DP=6,76), que revelam elevados níveis de Bem-Estar Subjetivo. O AP elevado refere-se ao prazer e bem-estar subjetivo, que inclui as emoções como entusiasmo, inspiração e determinação e o Afeto Negativo baixo reflete baixo mal-estar subjetivo, nomeadamente, emoções como medo ou nervosismo. Da mesma forma as pessoas idosas apresentaram elevada felicidade subjetiva (M=19,09; DP=2,94). Por outro lado, a média da vulnerabilidade psicológica situou-se em 14,24 (DP=4,76), indicando vulnerabilidade psicológica baixa.

Relativamente ao suporte social verificámos que, no geral, os elementos da amostra estão satisfeitos com o seu suporte social (escala total), mostrando maior satisfação com o suporte da família e dos amigos e menor satisfação com as atividades sociais (Tabela 3).

Tabela 3- Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e score médio das várias escalas e subescalas do Satisfação com o Suporte Social (N=54)

Escalas	Nº itens	Ampl.	M	DP	Score médio (M / n.º itens)
PANAS Positivo	10	15-67	28,33	9,20	2,83
PANAS Negativo	10	10-41	19,83	6,76	1,98
Satisfação com a Vida	5	9-33	22,77	5,37	4,55
Felicidade	4	12-25	19,09	2,94	4,77
Vulnerabilidade Psicológica	6	7-26	14,24	4,76	2,37
Satisfação com os amigos	5	5-24	17,79	3,32	3,56
Intimidade	4	7-20	13,42	3,19	3,35
Satisfação com a família	3	3-15	10,87	2,90	3,62
Atividades Sociais	3	3-13	7,70	2,03	2,57
Satisfação com o suporte social (escala total)	15	29-63	49,79	7,20	3,32

Apenas são apresentadas as escalas onde se obteve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na comparação das várias escalas, entre as características sociodemográficas e de saúde. Foram detetadas diferenças estatisticamente significativas relativamente à Felicidade, verificando-se que as mulheres apresentam valores mais elevados que os homens (valores superiores para a mediana), ou seja, apresentam-se mais felizes. Em relação ao consumo de tabaco, na generalidade, são as pessoas que não fumam que apresentam uma maior satisfação com a vida e com as atividades sociais (Tabela 4).

Tabela 4- Resultados do teste Mann-Whitney U para comparação das várias escalas entre as características sociodemográficas e de saúde

Escalas	Características sociodemográficas e de saúde		n	Md	Mín./Máx	Mann-Whitney U	p
Felicidade	Sexo	Masculino	21	18,0 0	12-25	236,00	0,04
		Feminino	33	20,0 0	15-25		
	Exercício Físico	Não	34	18,0 0	12-22	140,00	0,00
		Sim	20	21,0 0	14-25		
Satisfação com a Vida	Fuma	Não	42	24,0 0	9-32	134,00	0,01
		Sim	12	18,0 0	13-33		
Atividades Sociais	Fuma	Não	42	8,00	4-11	139,00	0,02
		Sim	12	6,50	3-13		
Satisfação Suporte Social (total)	Exercício Físico	Não	34	47,5 0	29-63	203,00	0,01
		Sim	20	54,0 0	44-61		

A análise dos resultados, apresentados na tabela 4, permitiu-nos concluir ainda, que apenas nas escalas Felicidade e Satisfação com o Suporte Social (total) foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre quem faz e não faz exercício físico, apresentando as pessoas que fazem exercício físico valores mais elevados, o que significa que mostram um nível de felicidade e de satisfação com o suporte social mais elevado em relação a quem não faz exercício físico.

DISCUSSÃO

A amostra é maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idades de 70,89 anos (DP=5,42), registando uma média de 6,76 anos de escolaridade (DP= 3,74). Relativamente à situação profissional a maioria dos participantes estão reformados (68,5%), e classificaram a sua situação económica como média (68,5%). Tais resultados vão ao encontro de vários estudos no que respeita à variável sexo verificando-se, que a maioria da população idosa é composta por mulheres, dada a sua maior longevidade (INE, 2017), corroborando os resultados sociodemográficos de investigações anteriores (Antunes et al, 2019; Lima et al, 2018; Marques, 2018). Diversos estudos verificaram que a autoavaliação do estado de saúde é um bom preditor da satisfação com a vida nos idosos (Kunzmann et al., 2000). Relativamente às variáveis de saúde a maioria referiu ter uma saúde razoável (53,7%), não fumar (77,8%), não beber bebidas alcoólicas (55,6%) e não fazer exercício físico (63%). Apesar de existir o conhecimento das consequências da inatividade física na população idosa, constata-se que o sedentarismo continua a verificar-se (Antunes et al, 2019; Monteiro, Dias, Corte-Real & Fonseca, 2014).

Os participantes deste estudo apresentaram valores mais elevados na Escala de Satisfação com a Vida e na subescala Afeto Positivo, o que indica melhores índices de bem-estar subjetivo, e valores mais baixos no Afeto Negativo. Nele, as pessoas idosas apresentaram uma boa felicidade subjetiva e uma baixa vulnerabilidade psicológica, o que vai ao encontro dos resultados de Monteiro et al. (2014) que na análise dos dados relativos à satisfação com a vida, afeto e felicidade, revelou níveis moderados para todas as variáveis, sendo os mais elevados relativos à felicidade e os mais baixos ao afeto negativo. Watson (2000) considera que as emoções positivas são tanto causa como consequência da felicidade e Diener (2000) observou que as pessoas mais felizes reportam maior frequência de afetos positivos. No presente estudo as pessoas idosas mostraram níveis mais altos de bem-estar positivo (AP) o que inclui as emoções como entusiasmo, inspiração e determinação, assim como sentirem-se felizes.

Relativamente à vulnerabilidade psicológica nas pessoas idosas não se encontraram estudos. Encontraram-se estudos relativamente à vulnerabilidade individual que é associada aos problemas de saúde, e no desempenho de atividades da vida diária. Os participantes deste estudo além de ainda viverem autonomamente no seu domicílio referem ter uma saúde razoável o que pode ser compreensível terem valores baixos de vulnerabilidade psicológica. No que diz respeito ao suporte social verificámos que, no geral, os elementos da amostra estão satisfeitos com o seu suporte social (escala total), mostrando maior satisfação com o suporte da família e dos amigos e menos satisfação com as atividades sociais.

Verificou-se que as mulheres apresentam valores mais elevados relativamente à Felicidade que os homens (valores superiores para a mediana), ou seja, apresentam ser mais felizes. Estes resultados vão de encontro com os resultados de Guedea e colaboradores (2006), que

consideram o sexo como variável preditora positiva de satisfação com a vida, sendo que o sexo feminino tem níveis mais elevados. No entanto em outros estudos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando se comparou o sexo com a escala da felicidade (Pais Ribeiro, 2012).

Em relação ao estilo de vida, nomeadamente consumo de tabaco, os participantes que não fumam apresentam uma maior satisfação com a vida e com as atividades sociais. Não se encontraram estudos que comparassem estas variáveis, no entanto Hansen, Aartsen, Slagsvold e Deindl (2018), referem que o envolvimento em atividades sociais, ajudam os idosos a manter um estilo de vida ativa, saudável e uma perceção de satisfação perante a vida. A atividade física promove o bem-estar, reduz o stresse, a ansiedade e a depressão (OMS, 2006). A análise dos resultados do presente estudo permitiu concluir que as pessoas que fazem exercício físico mostram um nível de felicidade e de satisfação com o suporte social mais elevado em relação a quem não faz exercício físico. Também no estudo de Camões et al. (2016) os idosos que realizavam prática estruturada de exercício físico, obtiveram melhores indicadores de qualidade de vida quando comparados com indivíduos que não têm atividade física regular.

CONCLUSÃO

As pessoas idosas de uma forma geral têm uma boa perceção de bem-estar, consideram-se felizes, apresentam afetos positivos e com baixa vulnerabilidade psicológica. As pessoas do sexo feminino, que não fumam e que praticam exercício físico, apresentam um maior nível de Bem-estar Subjetivo e de Satisfação com Suporte social. Considera-se que um exemplo de limitação deste trabalho é o tamanho da amostra visto que, sendo reduzida, impede a extrapolação dos resultados. Os problemas físicos, sociais ou emocionais interferem com o bem-estar da população idosa, pelo que requerem maior investigação quer a nível da sua prevalência, dos fatores que os originam e as estratégias para a sua prevenção, deteção precoce e tratamento.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Entendendo-se que os cuidados de enfermagem permitem dar respostas mais adaptadas às necessidades da pessoa idosa, incluindo para a promoção do seu bem-estar, é essencial um olhar mais atento e uma investigação centrada na perceção da pessoa idosa sobre o seu bem-estar. Este estudo reforça a necessidade de intervenção ao nível da promoção do bem-estar. Intervir na adesão ao exercício físico, e capacitar através da educação/sensibilização para a importância de não-fumar e para a diminuição do sedentarismo, poderá ajudar estas pessoas a manter a capacidade funcional e o bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M. C., & Almeida, N. (2019). Envelhecer com sucesso: contributos da educação. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 81-107.
- Antunes, R., Couto, N., Vitorino, A., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D., & Cid, L. (2019). Atividade física e satisfação com a vida dos idosos: contributo para a validação da satisfaction with life scale (SWLS) na população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte*, 14(1), 24-27.
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12(1), 96-105.
<https://dx.doi.org/10.6063/motricidade.6301>
- Cardiga, A. (2016). *A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Tese Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa, Portugal.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B. D., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19(2), 301-308.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaques à comunicação social - Statistics Portugal*, 1–19.
- Lima, L., Santos, C., Bastos, C., Guerra, M., Martins, M. M., & Costa, P. (2018). Adaptação e validação da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo em idosos portugueses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26:e3096, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2647.3096>.
- Marques, A. F. R. A. (2018). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Braga, Portugal.
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto* 14 (1), 57-76.

Nogueira, M. J. C. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). *O papel da atividade física no Envelhecimento saudável*. Florianópolis: OMS.

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 18, 547-558.

Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 157-168.

Tavares, R., Jesus, M. C., Machado, D., Braga, V., Tocantins, F., Merighi, M. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 889-900 <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>

Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. Guilford Press.

World Health Organization (2017). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.

Adaptação psicológica do enfermeiro coordenador em situação de conflito no ambiente hospitalar

Ana Roque*, **Andreia Duarte****, **Filipe Teixeira*****, **Rafaela Rocha******, **Luís Sousa*******, & **Olga Valentim*******

*Mestre; Enfermeira no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Urgência Geral, Amadora, Portugal. E-mail: ana_roque_91@hotmail.com

**Mestre; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeira Especialista na UCI do Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal. Email: andreia.freitas.rocha@hotmail.com

***Licenciado; Enfermeiro no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Urgência Geral, Amadora, Portugal. E-mail: f_l_p_12@hotmail.com

****Mestre; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeira, Nephrocare SA, Montijo, Portugal. E-mail: rafaelaffrocha@gmail.com

***** Doutor em Enfermagem; Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Largo senhor da Pobreza, 7000-811 Évora. Membro do Portugal Centre for Evidence Based Practice: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence. Investigator do Comprehensive Health Research Centre (CHRC). E-mail: luismmsousa@gmail.com.

*****Doutora em Enfermagem; Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no DICAD, Unidade de Desabitação Centro das Taipas; Investigadora no CINTESIS, Grupo NursID; Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro, 2411-901 Leiria, Portugal. E-mail: ommvalentim3@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: Os mecanismos de adaptação psicológica são essenciais em situações de conflito. A ocorrência de conflitos em ambiente hospitalar é frequente, atuando, geralmente, o enfermeiro coordenador como mediador do conflito. **OBJETIVO:** Identificar estratégias de adaptação psicológica do enfermeiro coordenador em situação de conflitos vivenciados pela equipa de enfermagem, em ambiente hospitalar. **MÉTODOS:** Procedeu-se à revisão sistemática da literatura, com o auxílio do método PICO. Os artigos selecionados foram obtidos através de pesquisa em bases de dados eletrónicas com recurso à plataforma EBSCO Host. Admitiram-se estudos com indexação em revistas académicas no período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 1 de fevereiro de 2019. **RESULTADOS:** Foram incluídos 6 artigos na revisão. Destaca-se as causas de conflito (económico, relacional, comunicacional, hierárquico, académico, interdisciplinar e de logística), os estilos de gestão de conflito (acomodação, evitamento, colaboração, mediação, competição e compromisso) e as

estratégias de adaptação psicológica do enfermeiro coordenador com base no Grid Gerencial adaptado pela Dorsey, Rocha e Associados. **CONCLUSÕES:** Os conflitos de etiologia relacional e comunicacional são os mais frequentes em ambiente hospitalar. Os mecanismos de adaptação psicológica utilizados pelo enfermeiro coordenador baseiam-se no estilo de liderança que adota, destacando-se o estilo de gestão em equipa que permite uma resolução construtiva do conflito baseada no diálogo e na cooperação.

Palavras-Chave: Adaptação Psicológica; Ambiente Hospitalar; Conflito; Enfermeiro Coordenador.

ABSTRACT

BACKGROUND: The psychological adaptation mechanisms are essential in conflict situations. The conflict occurrence on hospital is frequent, usually, the coordinator nurse acts as a conflict mediator. **AIM:** Identify strategies of psychological adaptation of the coordinator nurse in conflict situation lived by the nurse team, on hospital. **METHODS:** We proceeded a systematic review of literature, using the PICO method. The selected articles were obtained by the research on online data bases using the platform EBSCO Host. We admitted studies with indexation on academic magazines comprehended in the period between 1st January of 2014 to 1st February of 2019. **RESULTS:** Were included 6 articles in the review. We emphasize the conflict causes (economical, relational, communicational, hierarchical, academical, interdisciplinary and logistics), the styles of conflict management (accommodation, avoidance, collaboration, mediation, competition and compromise) and the psychological adaptation strategies of the coordinator nurse, based on the Managerial Grid adapted by Dorsey, Rocha and associates. **CONCLUSIONS:** The relational and communicational conflicts are the most frequent on hospital. The mechanisms of psychological adaptation used by the coordinator nurse, are based on his style of leadership, emphasizing the team management that allows a constructive resolution of conflict based on dialog and cooperation.

Keywords: Psychological Adaptation; Hospital; Conflict; Nurse Administrator.

RESUMEN

CONTEXTO: Los mecanismos de adaptación psicológica son esenciales en las situaciones de conflicto. La ocurrencia de los conflictos en ambiente hospitalario es frecuente, actuando, generalmente, el enfermero coordinador como mediador del conflicto. **OBJETIVO(S):** Identificar estrategias de adaptación psicológica del enfermero coordinador en situación de conflicto vivido por el equipo de enfermería en ambiente hospitalario. **METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, con apoyo del método PICO. Los artículos seleccionados fueron obtenidos a través de la investigación en base de datos electrónicos con apoyo de la plataforma EBSCO Host. Se admitieron estudios con indexación en revistas

académicas en el período comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de febrero de 2019.

RESULTADOS: Se incluyeron 6 artículos en la revisión. Se destacan las causas de conflicto (económico, relacional, comunicacional, jerárquico, académico, interdisciplinario y de logística), los estilos de gestión de conflictos (acomodación, evitación, colaboración, mediación, competencia y compromiso) y las estrategias de adaptación psicológica del enfermero coordinador con base en el Grid de Gestión adaptado por Dorsey, Rocha y Asociados. **CONCLUSIONES:** Los conflictos de etiología relacional y comunicacional son los más frecuentes en el ambiente hospitalario. Los mecanismos de adaptación psicológica utilizados por el enfermero coordinador se basan en el estilo de liderazgo que adopta, destacándose el estilo de gestión en equipo que permite una resolución constructiva del conflicto basada en el diálogo y la cooperación.

Palabras Clave: adaptación psicológica; ambiente hospitalario; conflicto; enfermero coordinador.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que envolve elevados graus de complexidade tanto na prestação de cuidados como na relação humana entre enfermeiro-cliente, entre pares e entre os restantes profissionais no setor da saúde. Cada ser humano é único, tem opiniões, crenças e ideais distintos que, sendo aceites pelos pares, podem contribuir para o sucesso do grupo e da organização em que se inserem ou podem ser destrutivos e gerar situações de conflito. O conflito caracteriza-se por uma ou várias divergências entre pessoas ou grupos resultantes de diferenças de ideias, valores ou sentimentos que criam desordem (Beserra et al., 2018). A origem mais comum dos conflitos reside na comunicação ineficaz, na estrutura organizacional e no comportamento individual (Spagnol et al., 2010). Em ambiente hospitalar as relações de poder e autoridade manifestam-se no processo de gestão de interesses das pessoas levando a conflitos (Oliveira, Binotto, Martins, & Volpato, 2018).

As situações de conflito conduzem a vários sentimentos, tais como tristeza, injustiça, incompreensão e frustração. Quando não se tenta resolver os problemas, cria-se um clima organizacional negativo e propenso a agravamento (Kalisch, Lee, & Rochman, 2010). No entanto, a existência de conflito, também poderá gerar efeitos positivos nas organizações ao criar motivação, estimular a criatividade e inovação, melhorar a qualidade das decisões através de uma maior assertividade e, ainda, ser um fator de mudança, não deixando de ser necessário a presença de um mediador do conflito (Araújo, Guimarães, & Rocha, 2005).

Torna-se necessário que dentro do hospital e em cada setor exista um elemento mediador do conflito, que consiga com efetividade encontrar a solução mais adequada para cada situação. Esta pessoa, dentro das equipas de enfermagem, deverá ser um enfermeiro coordenador capaz de restabelecer a harmonia e o equilíbrio (Spagnol et al., 2010), devendo ainda possuir

as seguintes características: credibilidade, imparcialidade, conhecimento de causa, lealdade, flexibilidade nas atitudes, comunicação clara e confidencialidade (Boccatto, 2009).

Frequentemente, o enfermeiro coordenador não se encontra preparado para lidar com situações de conflito por falta de formação ou por não ter um perfil adequado para as funções que exerce. Nestes casos, o mesmo poderá ignorar a existência de conflitos na equipa de enfermagem, utilizando estratégias apenas para serenar o conflito ou condenar a atitude dos enfermeiros (Spagnol et al., 2010). Desta forma, é essencial compreender qual a adaptação psicológica realizada pelos enfermeiros coordenadores na gestão dos conflitos.

A adaptação psicológica, estratégias de adaptação ou simplesmente *coping*, é definido por diversos estudiosos da temática, mas, segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) pode ser definido como um conjunto de estratégias fulcrais para a adaptação das pessoas em situações que excedem os seus próprios limites. Assim, torna-se importante refletir sobre a forma como os enfermeiros coordenadores gerem os conflitos, no sentido de permitirem a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e eficiência. O objetivo geral deste artigo é identificar estratégias de adaptação psicológica do enfermeiro coordenador em relação aos conflitos vivenciados pela equipa de enfermagem, em ambiente hospitalar.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura. Este tipo de revisão tem como objetivo identificar, avaliar e sintetizar estudos, utilizando um método sistemático, explícito e reproduzível (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018a). A questão de pesquisa foi definida através da metodologia PICO (Sousa et al., 2018b): quais as estratégias de adaptação (I - fenómeno de Interesse) utilizadas pelo enfermeiro coordenador (P - População) em situação de conflito vivenciado pela equipa de enfermagem em ambiente hospitalar (Co - Contexto)?

A pesquisa foi realizada por dois revisores, de forma independente, na plataforma EBSCO Host, tendo acedido às bases de dados: CINAHL *Complete*, MEDLINE *Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*. Considerou-se como critérios de inclusão: a) limite temporal compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 1 de fevereiro de 2019; b) artigos disponíveis em texto completo; c) idiomas português e inglês; c) estudos primários. Definiu-se para pesquisa os termos MeSh: (*Conflict*), (*Adaptation, Psychological*), (*Nurse Administrators*) e (*Hospitals*) e foram utilizados os operadores booleanos AND, OR e NOT. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e março de 2019. Foram realizadas várias equações booleanas de pesquisa e após aplicação dos critérios de inclusão e avaliação qualidade metodológica, encontraram-se seis artigos para avaliação crítica e extração de dados. O mapeamento da seleção dos artigos a incluir na revisão está exposto na figura 1.

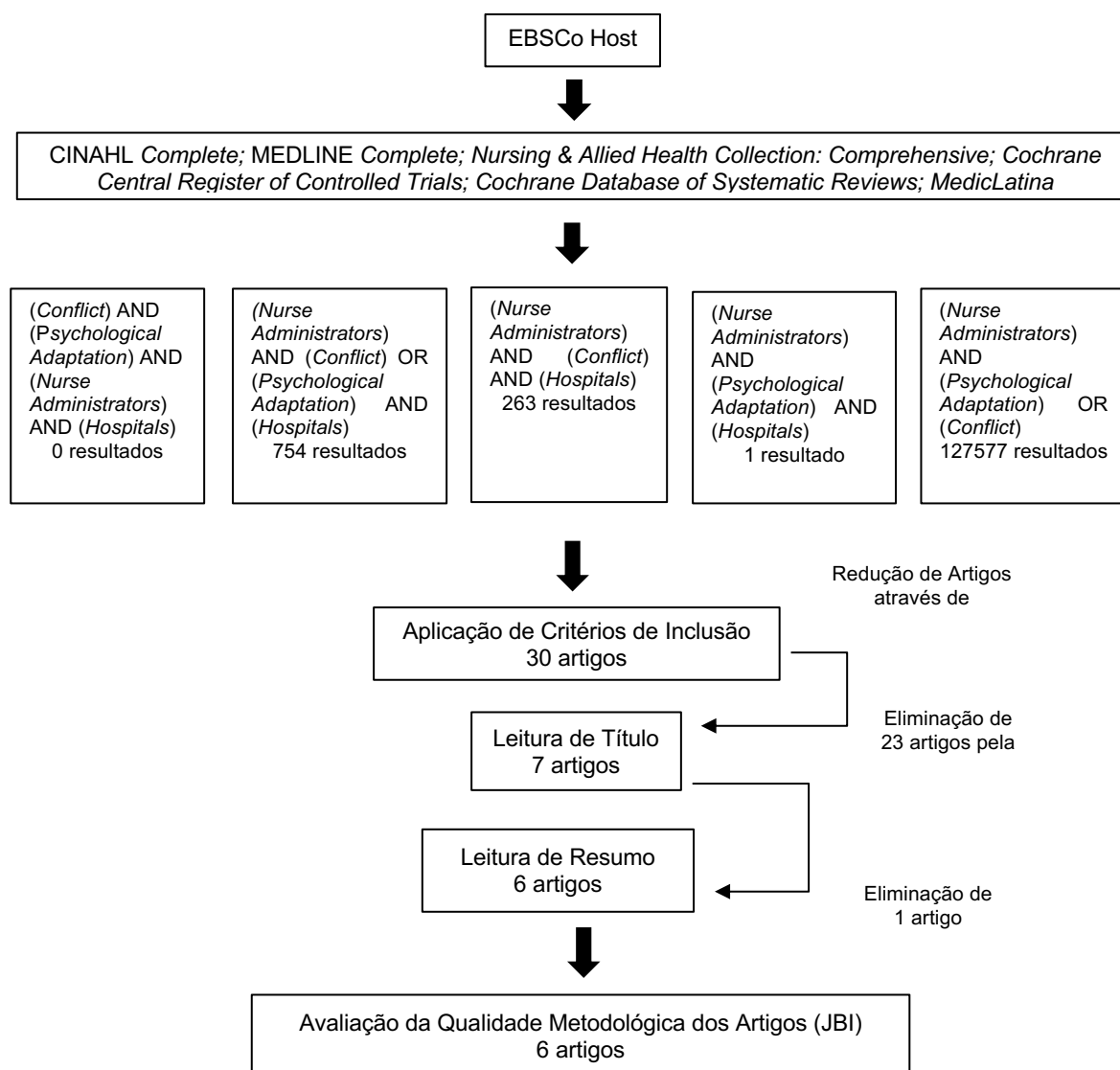


Figura 1 – Mapeamento da seleção dos artigos a incluir na revisão. Lisboa, Portugal, 2019

A análise dos artigos e a avaliação da qualidade metodológica, foi realizada por dois revisores, e foi aplicada a *Critical Appraisal Checklist* elaborada pelo *Joanna Brigs Institute*. Foram selecionados estudos com qualidade metodológica superior a 75%.

RESULTADOS

Foram incluídos seis artigos. Procedeu-se à leitura integral de cada artigo, recolhendo-se informação relativamente aos autores, desenho de estudo (metodologia, participantes) e resultados mais relevantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos

Autores/Ano País	Desenho de estudo	Resultados
Moura, Valente & Porto, 2014, Brasil	Estudo descritivo, exploratório com abordagem quanti-qualitativo. Amostra de 28 Enfermeiros. Aplicação de Questionário baseado no Grid Gerencial adaptado pela Dorsey, Rocha e Associados	Os estilos de liderança são divididos por 2 eixos de preocupação: pessoas e produção. Cinco estilos de liderança: 80% gerência de equipa; 12% gerência empobrecida; 4% gerência do clube campestre; 4% autoridade-obediência; gerência do homem sem resultados.
Moisoglou, Panagiotis, Galanis & Siskou, 2014, Grécia	Estudo transversal. Amostra de 163 Médicos, Enfermeiros e Assistentes de Enfermagem. Aplicação do Questionário Tengilimoglu e Kisa, para avaliar conflitos nas organizações de saúde.	Causas de conflito: 85,9% - Insatisfação com remuneração; 83% - Sobrecarga de trabalho; 68,7% - Falta de reconhecimento; 63% - As regulações legais não definem claramente os deveres dos profissionais; 59,5% - Distribuição injusta de recursos; 55,2% - Formação multidisciplinar diferente. Estilos de gestão de conflito: 62% evitamento; 38,7% colaboração; 17,8% competição; 17,2% compromisso; 9,2% mediação; 3,1% acomodação.
Lopes, Albino, Menezes & Ribeiro, 2015, Brasil	Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Amostra de 13 Enfermeiros, Entrevista gravada com guião de entrevista semiestruturado	Causas de conflitos: conflitos interpessoais por falta de recursos humanos e materiais; enfermeiro como elo entre a equipa clínica e administrativa; papel de cada enfermeiro mal estabelecido; diferenças nos valores económicos e profissionais; competição entre os profissionais; poder da equipa médica. Os enfermeiros sentem-se sobrecarregados, humilhados e desvalorizados em ambiente de conflito. Estes devem possuir competências de ligação entre a teoria e a prática, pensamento crítico, liderança, capacidade de guiar a equipa e gestão baseada em resultados.
Ylitörmänen, Kvist, & Turunen, 2015, Finlândia	Estudo transversal descritivo. Amostra de 113 Enfermeiros, Aplicação dos 7 itens de gestão de conflito da Escala Nurse-Nurse Collaboration, de Dougherty e Larson	Estilos de gestão de conflito: 56% - Satisfação de todas as partes; 22% - Evitamento do problema; 32% - Afastamento de situações de conflito; 30% - Divergências entre enfermeiros ignoradas ou negligenciadas.
Pinhatti, Vannuchi, Sardinha & Haddad, 2017, Brasil	Estudo exploratório-descritivo, qualitativo. Amostra de 15 Enfermeiros e 61 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Estratégia de rodízio entre as unidades de pronto-socorro e enfermarias de clínica médica, pediátrica e cirúrgica, durante um mês	Estratégias para o Enfermeiro Coordenador gerir o conflito: comunicação aberta; processo gradual; conhecimento de realidades diferentes; conhecimento dos pares; relações interpessoais próximas; trabalho em equipa; conhecimento dos objetivos da organização. A utilização da rotação de profissionais entre serviços hospitalares pode auxiliar os gestores e colaboradores a adquirir competências de resolução de conflitos.
Cunha, Monteiro, Lourenco & Moreira, 2018, Portugal	Estudo exploratório com abordagem quantitativa. Amostra de 364 estudantes e profissionais de saúde. 57.7% são estudantes, 9.6% são profissionais de saúde e 32.7% ocupam outras profissões. Aplicação do questionário Dutch Test of Conflict Handling (DUTCH) - versão portuguesa.	O DUTCH envolve cinco estilos de gestão de conflitos (anuência; evitação; compromisso; dominação e solução de problemas) que resultam da combinação da preocupação em atingir os próprios objetivos e a preocupação em satisfazer os objetivos da outra parte. Este instrumento é composto por 20 itens, correspondendo 4 a cada estilo de gestão de conflitos. As possibilidades de resposta variam entre 1 (Nunca) a 5 (Habitualmente). A versão portuguesa do DUTCH é fiável para avaliar os estilos de gestão de conflitos em contexto português de saúde, facilitando a relação dos estilos de gestão de conflitos com outras variáveis alusivas aos conflitos

DISCUSSÃO

Os conflitos podem provocar problemas pessoais para os profissionais, pois quando vivem em constante conflito sentem-se sobrecarregados, humilhados e desvalorizados, o que poderá levar à redução da produtividade (Lopes, Albino, Menezes, & Ribeiro, 2015).

Nos artigos analisados é possível identificar diversas causas de conflito que reduzem a produtividade. As causas de conflito que se destacam são de natureza económica, relacional, comunicacional, hierárquica, académica, interdisciplinar e logística (Moisoglou, Panagiotis, Galanis, & Siskou, 2014; Lopes et al., 2015). Outros estudos validam estes dados. Gómez-Torres, Martinez, Alves e Ferreira (2015) tiveram como resultado do seu estudo, no contexto português, que as causas de conflito mais incidentes são de origem relacional e comunicacional. Claro e Cunha (2017) realizaram um estudo para compreender a perspetiva dos profissionais de saúde quanto à gestão construtiva dos conflitos, tendo identificado que os conflitos têm origem principalmente em fatores comunicacionais, relacionais, interdisciplinares e de logística. Oliveira et al. (2018) validam a existência de conflitos com origem na identificação do supervisor hierárquico, na relação com o mesmo e também no significado atribuído à relação interdisciplinar. Cunha, Monteiro, Lourenço e Moreira (2018) consideram que é imperioso nos diferentes contextos de saúde, os profissionais possuírem instrumentos eficazes para lidarem com o conflito. Segundo Cunha et al. (2018), os estilos de gestão de conflitos são posições genéricas e habituais, adotadas pelos indivíduos no conflito. Os estilos de gestão de conflito estão relacionados com a qualidade do acordo alcançado durante a negociação e são considerados uma das variáveis fundamentais a analisar na gestão construtiva e eficaz do conflito. Os estilos de gestão de conflito identificados nos estudos são seis: evitamento e colaboração (Moisoglou et al., 2014; Ylitörmänen, Kvist & Turunen, 2015; Cunha et al., 2018); compromisso, acomodação, mediação (Moisoglou et al., 2014; Cunha et al., 2018) e competição (Moisoglu et al., 2014).

Braga e Grou (2014) demonstram no seu estudo num Hospital Português que a colaboração é o estilo mais utilizado e Gómez-Torres et al. (2015) observaram que é essencial manter a serenidade, ouvir as pessoas envolvidas e interpretar as diferentes perspetivas para resolver o conflito satisfatoriamente para todos. Spagnol e L'Abbate (2010) e Lima et al. (2014) também corroboram a importância do envolvimento de todas as partes para benefício da equipa. Outros estilos e estratégias de resolução do conflito foram também exibidas: retirada, evitação, confrontação, compromisso, abrandamento, competição, colaboração, negociação, repressão, apurar as divergências, transformar as diferenças em resolução de problemas, mudanças comportamentais, mudanças organizacionais e peso da autoridade (Spagnol e L'Abbate, 2010)

Um dos instrumentos de medida dos estilos de gestão de conflito fiável é o *Dutch Test for Conflict Handling* – DUTCH (De Dreu et al., 2001, citados por Cunha et al., 2018) que permite

conhecer quais os estilos de gestão de conflitos adotados numa organização e as variáveis associadas. Segundo Cunha et al. (2018), este instrumento de medida segue o modelo bidimensional de Rahim e Bonoma de 1979, em que os cinco estilos de gestão de conflitos resultam da combinação da preocupação em atingir os interesses/objetivos próprios e da preocupação em satisfazer os interesses/objetivos da outra parte.

Foram realizadas diversas pesquisas no sentido de encontrar outras ferramentas que permitissem a avaliação dos estilos de gestão de conflitos, mas apenas foram encontradas escalas para a avaliação de conflitos na tomada de decisão, conflitos sociais, entre outras.

Moura, Valente e Porto (2014) referem que os estilos de liderança do Grid Gerencial adaptado pela Dorsey, Rocha e Associados, indicam formas de resolução de conflitos, de acordo com as prioridades estabelecidas pelos líderes, entre a produção e o relacionamento interpessoal. Os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros coordenadores podem ser assumidos como mecanismos de adaptação psicológica com base no modelo de *coping* e *stress* proposto por Lazarus e Folkman, em 1984.

O *coping* pode ser focalizado na emoção (objetivo de alterar o estado emocional do indivíduo) ou no problema (objetivo de mudar a situação que deu origem ao *stress*) (Antoniuzzi et al., 1998). Assim, podemos inferir que os estilos de liderança gestão de clube campestre e gestão de equipas (Moura et al., 2014) consistem em estratégias de *coping* focalizado na emoção, uma vez que tem elevada preocupação com as pessoas e baixa preocupação com a produção/problema. O estilo autoridade/obediência (Moura et al., 2014) consiste numa estratégia de *coping* focalizada no problema, uma vez que tem baixa preocupação com as pessoas e elevada preocupação com a produção/problema.

Quanto ao estilo de gestão do homem organizacional (Moura et al., 2014), consiste numa estratégia de *coping* que se inclui numa terceira estratégia focalizada nas relações interpessoais, onde o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação que deu origem ao *stress*. Este tipo de gestão apresenta uma preocupação intermédia com as pessoas e com a produção/problema, uma vez que o seu objetivo consiste em encontrar o equilíbrio entre a necessidade de realizar o trabalho e a manutenção da satisfação das pessoas.

Relativamente ao estilo de gestão empobrecida (Moura et al., 2014) constitui uma estratégia de *coping* enfraquecida, uma vez que é aplicado o menor esforço possível na realização do trabalho, pois este esforço é o bastante para manter a participação organizacional.

Os artigos inseridos na revisão sistemática referem-se à postura, características e competências que o enfermeiro coordenador deve deter para resolver os conflitos. Estes aspetos podem transformar-se em estratégias de gestão de conflito.

A liderança constitui uma competência a desenvolver pelos profissionais de saúde, uma vez que envolve comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade em tomar decisões,

comunicação e gestão efetiva e eficiente (Lopes et al., 2015; Gómez-Torres et al., 2015). Lima et al., (2014) e Gómez-Torres et al. (2015) realçam que o enfermeiro coordenador tem de apresentar atitudes neutras para conseguir executar as suas ideias em relação à organização. O enfermeiro coordenador deve, segundo Pinhatii, Vannuchi, Sardinha e Haddad (2017), fomentar o trabalho em equipa, assente na cooperação, respeito, confiança e troca de experiências; transmitir claramente os objetivos da instituição e das equipas; ter comunicação aberta; e, possuir conhecimento de realidades diferentes para compreensão da posição do outro e relações interpessoais próximas. Estes aspetos já tinham sido estudados e validados por Lima et al. (2014) e Amestoy et al. (2014).

Claro e Cunha (2017) acrescentam que é essencial uma gestão construtiva do conflito, sendo que para isso é necessário que o enfermeiro coordenador utilize várias fases de pensamento: perceber o que aconteceu e o motivo; definir o caminho de resolução do conflito com imparcialidade; explicar e descrever a situação; implementar estratégias de resolução; implementar estratégias de prevenção de recorrência; e, esclarecer qual o papel de cada parte na organização.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar estratégias de adaptação psicológica do enfermeiro coordenador em relação aos conflitos vivenciados pela equipa de enfermagem, em ambiente hospitalar. Existem vários estudos sobre as causas dos conflitos, destacando-se os conflitos de etiologia relacional e comunicacional. Foi possível a identificação de diversos estilos de gestão de conflitos, no entanto a terminologia utilizada nos vários estudos é diferente, pelo que se optou por um tipo de linguagem uniformizada para facilitar a leitura. As estratégias de gestão construtiva de conflito envolvem o diálogo e a cooperação. Considera-se o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro coordenador uma forma de adaptação psicológica ao tipo de conflito que este vivencia. Independentemente da estratégia adotada, o enfermeiro coordenador tem como finalidade resolver o conflito para o bem superior do desenvolvimento da organização. Não foram encontrados outros instrumentos de medida dos estilos de gestão de conflitos para fazer análise comparativa do *Dutch Test for Conflict Handling* – DUTCH. Seria fulcral, uma vez que estes instrumentos são, em certa parte, apoiados na subjetividade de cada indivíduo.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta revisão permitiu identificar o estio de gestão mais eficiente na resolução de conflitos, neste sentido recomenda-se que os enfermeiros gestores adotem o estilo de gestão de conflitos colaboração. Considera-se importante a construção e validação de mais instrumentos de medida dos estilos de gestão de conflitos, para que estes sejam avaliados com maior objetividade. Sugere-se a realização de estudos relacionados com os conflitos

vivenciados pelo enfermeiro coordenador, uma vez que existe pouca investigação realizada nesta área, com identificação das estratégias de adaptação psicológica dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amestoy, S. C., Backes, V. M. S., Thofehrn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. L. (2014). Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 79–85. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155a>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273–294. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>
- Araújo, W. S., Guimarães, T. de A., & Rocha, C. M. C. (2005). Estilos de administração de conflitos intraorganizacionais: uma análise comparativa entre brasileiros e norte-americanos. *Recuperado de Http://Www. Mpdf. Mp. Br/Comunicacao/Site/Arquivos/Wagner2005. Pdf.*, 1(3), 1–15. Retrieved from <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2005-eorb-1684.pdf>
- Beserra, E. P., do Amaral Gubert, F., Martins, M. C., Vasconcelos, V. M., de Figueiredo, G. A., Silva, L. A. da, & de Lima, M. A. (2018). Conflict Management in Nurse Training. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(10), 2891–2896. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236080p2891-2896-2018>
- Bocato, S. B. G. (2009). *Como gerenciar um grupo em conflito. In: Malagutti W, Caetano KC. Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.* Rio de Janeiro: Rubio.
- Braga, D., & Grou, R. (2014). Análise de conflitos interpessoais numa unidade hospitalar do Alentejo. In A. P. de Sociologia (Ed.), *Atas VIII Congresso Português de Sociologia* (pp. 1–15). Évora.
- Cunha, P., Monteiro, A. P., Lourenço, A. A., & Moreira, R. B. (2018). Conflitos em contexto de saúde: um instrumento de avaliação de estilos de gestão de conflito. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 9–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0221>
- Gómez-Torres, D., Martínez, M. D., Alves, F. J. M., & Ferreira, M. M. F. (2015). Autoridad de Gerentes de Enfermería en la Solución de Conflictos: Una Mirada Humanista. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), 41–49. <https://doi.org/10.12707/RIV15009>
- Kalisch, B. J., Lee, H., & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 938–947. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01153.x>
- Lima, S. B. S. de, Rabenschlag, L. A., Tonini, T. F. F., Menezes, F. L., & Lampert, A. D. N. (2014). Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 4(2), 419–428. <https://doi.org/10.5902/2179769211888>
- Moisoglou, I., Panagiotis, P., Galanis, P., & Siskou, O. (2014). Conflict Management in a Greek

Public Hospital : Collaboration or Avoidance? *International Journal of Caring Sciences*, 7, 75–83.

Moura, J. L., Valente, G. S. C., & Porto, F. R. (2014). Formas de enfrentamento dos enfermeiros na prática do cuidado perante as situações de conflito. *Revista Enfermagem UFPE on Line*, 8(1), 52–58. <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201408>

Oliveira, L. E. N., Binotto, E., Martins, L. C., & Volpato, L. F. (2018). Análise interdisciplinar das relações de conflito e poder na gestão hospitalar 1, 129–142. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6693229>

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S., & Pestana, H. C. F. C. (2018a). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação* 1(1), 46-55.

Sousa, L.M.M., Marques, J.M., Firmino, C.F., Frade, F., Valentim, O.S. & Antunes, A.V., (2018b). Modelos de Formulação da questão de investigação na prática baseada em evidência. *Revista de investigação Enfermagem, série II* (23), 31-39.

Spagnol, C. A., & L'Abbate, S. (2010). Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 822–827. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i4.7721>

Spagnol, C. A., Santiago, G. R., Campos, B. M. O., Badaró, M. T. M., Vieira, J. S., & Silveira, A. P. O. (2010). Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: A visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(3), 803–811. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300036>

Ylitörmänen, T., Kvist, T., & Turunen, H. (2015). A Web-Based Survey of Finnish Nurses' Perceptions of Conflict Management in Nurse-Nurse Collaboration. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 263–274.

Completitude e duplicidade dos registros de lesão autoprovocada do Sistema de Informação de Agravo de Notificação.*

Mayara Aguiar Silva¹, Maysa de Oliveira Silva Caliman², Laerson da Silva de Andrade³, Marcos Vinícius Ferreira dos Santos⁴ & Marluce Mechelli de Siqueira⁵

¹ Mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); Pesquisadora do CEPADi-UFES, 29047-105 Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: mayaraaguiar.psicologia@gmail.com

² Mestre; Departamento dos Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, município de Afonso Cláudio, Espírito Santo, Brasil, Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisa de Álcool e outras Drogas: interconexões (CEPADi) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 29600-000 Afonso Cláudio, Espírito Santo, Brasil. E-mail: maysaenf@yahoo.com.br

³ Doutorando do PPGSC; Pesquisador do CEPADi-UFES, 29047-105 Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: laersonsilva1@gmail.com

⁴ Doutor; Professor Adjunto do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES); dos Programas PPGENF e PPGSC, Coordenador do CEPADi-UFES, 29047-105 Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: marcos.v.santos@ufes.br

⁵ Doutora; Professora Titular do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e PPGSC, Coordenadora de Pesquisa do CEPADi-UFES, 29047-105 Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: marluce.siqueira@outlook.com.br

*Produto da dissertação em construção - Qualidade do Sistema de Informação e Notificação de agravos para lesão autoprovocada na região Caparaó capixaba: interfaces da prevenção do comportamento suicida, a ser apresentada ao PPGSC da UFES, Brasil, 2021. Inclui-se no Projeto de Pesquisa Intitulado Tentativa de Suicídio e Suicídio do Espírito Santo: um estudo ecológico e de geoprocessamento, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

RESUMO

CONTEXTO: No Brasil o sistema de vigilância epidemiológica adota o termo lesão autoprovocada para os casos de violência provocada contra si mesmo, registrando-as no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (Sinan). Sistemas de informação devem ser avaliados continuamente a fim de averiguar a qualidade de sua operacionalidade.

OBJETIVO(S): avaliar a qualidade, segundo os atributos de completitude e duplicidade dos registros de lesão autoprovocada no Sinan. **MÉTODOS:** estudo descritivo de abordagem transversal, realizado na região Caparaó capixaba, no estado do Espírito Santo, sudeste do Brasil, considerado o período de 2011 a 2019. Os dados foram exportados das bases

municipais do SINAN e analisados pelo programa “Statiscal Package for Social Sciences” (SPSS®) versão 24. Os resultados foram apresentados em forma descritiva por média percentual e classificados de acordo com os parâmetros adotados. **RESULTADOS:** Não foram identificadas duplicidades nos registros analisados. Já em relação à completude observa-se uma média de 18,22% de não preenchimento das variáveis no período de 2011 a 2014, seguindo de uma melhora para o período de 2015-2019, em que apresentou redução para 11,37% de não preenchimento. **CONCLUSÕES:** no periodo de 2011 a 2019 houve uma variação percentual proporcional a 4500% no número de casos registrados para lesão autoprovocada para região. A duplicidade apontou desempenho adequado, contudo, apesar do aumento da taxa de completude, as médias mantiveram-se classificadas como regular. **Palavras-chaves:** Tentativa de suicídio. Suicídio. Sistemas de Informação em Saúde. Monitoramento Epidemiológico.

ABSTRACT

BACKGROUND: In Brazil, the epidemiological vigilance system adopts the term self-harm to the cases of violence caused against yourself, registering them in the National Disease Notification System (Sinan). Information systems must be continuously evaluated in order to check the quality of their operation. **AIM:** Evaluate the quality, according to the completeness and duplicity attributes of the records of self-harm in Sinan. **METHODS:** Descriptive transversal study, carried out in the Caparaó capixaba region, in the state of Espírito Santo, southeastern Brazil, considering the period from 2011 to 2019. The data were exported from SINAN municipal databases and analyzed by the “Statiscal Package for Social Sciences” program (SPSS®) version 24. The results were presented in a descriptive manner by percentage average and classified according to the parameters adopted. **RESULTS:** Duplicities were not identified in the analyzed records. Regarding completeness, an average of 18,22% of non-filing of the variables in the period from 2011 to 2014 is observed, followed by an improvement for the period of 2015-2019, in which it showed a reduction to 11,37% of non-filing. **CONCLUSIONS:** In the period from 2011 to 2019 there was a percentage variation proportional to 4500% in the number of registered cases for self-harm to the region. The duplicity pointed to a proper performance, however, despite the increase in the completeness rate, the averages remained classified as regular.

Keywords: Suicide, Attempted; Suicide; Health Information Systems; Epidemiological Monitoring

RESUMEN

CONTEXTO: En Brasil, el sistema de vigilancia epidemiológica adopta el término autolesión a los casos de violencia provocada contra sí mismo, registrándolos en el Sistema Nacional de Notificación de Enfermedades (Sinan). Los sistemas de información deben ser evaluados

continuamente para verificar la calidad de su funcionamiento. **OBJETIVO(S):** Evaluar la calidad, de acuerdo con los atributos de completitud y duplicidad de los registros de autolesiones en Sinan. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal, realizado en la región de Caparaó capixaba, en el estado de Espírito Santo, sureste de Brasil, considerado el período de 2011 a 2019. Los datos fueron exportados de las bases municipales del SINAN y analizados por el programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS®) versión 24. Los resultados fueron presentados de forma descriptiva por porcentaje promedio y clasificados según los parámetros adoptados. **RESULTADOS:** No se identificaron duplicidades en los registros analizados. En cuanto a la completitud, se observa una media de 18,22% de no cumplimentación de las variables en el período de 2011 a 2014, seguido de una mejora para el período de 2015-2019, en el que se redujo a 11,37% de no llenar. **CONCLUSIONES:** En el período de 2011 a 2019 hubo una variación porcentual proporcional a 4500% en el número de casos registrados por autolesiones en la región. La duplicidad indicó un desempeño adecuado, sin embargo, a pesar del aumento en la tasa de completitud, los promedios se mantuvieron clasificados como regulares.

Palabras Clave: Intento de Suicidio; Suicidio; Sistemas de Información en Salud; Monitoreo Epidemiológico

INTRODUÇÃO

Seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as terminologias aplicadas aos comportamentos ditos suicidas, no Brasil o sistema de vigilância epidemiológica emprega o termo lesão autoprovocada para comportamentos entendidos como violência provocada voluntariamente contra si mesmo sem ocorrência de óbito, incluindo no rol de tais comportamentos as tentativas de suicídio. Essa definição é inserida no grupo de ocorrências sujeitas ao registro obrigatório e imediato a partir das Portarias Ministeriais nº 104/2011 e nº 1271/2014, e passou a ser feito mediante notificação e registro na Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada (BRASIL, 2011; 2014). Suas informações são armazenadas no banco de violência do Sistema de Informação de Agravos e Notificações – o SINAN (BRASIL, 2016). Um bom sistema de informação requer, antes, uma boa ação de coleta de dados e, por essa razão deve ser monitorado e avaliado continuamente a fim de averiguar sua operacionalidade. Isso inclui determinar se ele corresponde aos seus objetivos no que tange à capacidade de identificar corretamente cada caso e realizar seu registro adequado com precisão e qualidade (CORREIA, PADILHA e VASCONCELOS, 2014). Tomando por base os Sistemas de Informação em Saúde existentes no Brasil e, especificamente o SINAN, o Ministério da Saúde (MS) traz por definição que uma base de dados com boa qualidade requer considerar cinco atributos: completitude, consistência, não duplicidade, confiabilidade e

cobertura (BRASIL, 2019). O objetivo do presente estudo é avaliar a completude e a duplicidade das notificações de lesão autoprovocada registradas no banco de Violência Interpessoal/autoprovocada, para período de 2011 a 2019 nos municípios da região Caparaó do Espírito Santo, Brasil.

Enquanto a não duplicidade refere-se ao conjunto de registros representados uma única vez dentro de um banco de dados (BRASIL, 2019), Completude, por sua vez, é o grau de preenchimento dos campos da ficha de notificações, sendo imprescindível o preenchimento completo para o conhecimento do agravo ou evento em saúde (BRASIL, 2019; CORREIA *et al*, 2014).

MÉTODOS

Estudo descritivo de abordagem transversal focado na análise da qualidade, segundo os atributos de duplicidade e completude, das notificações de lesão autoprovocada registradas pelo SINAN da região Caparaó capixaba, no período de 2011 a 2019. A região do Caparaó capixaba é uma das 10 Microregiões de planejamento do estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2011), sudeste do Brasil. É composta por 12 municípios, embora apenas 8 deles tenham aderido à pesquisa: Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Iúna, Irupi e Muniz Freire, que, juntos tem uma população composta por 137.011 habitantes de acordo com o Censo de 2010.

A amostra foi constituída por todos os casos registrados no banco de violência interpessoal/autoprovocada, totalizando 1288 notificações coletadas. Os dados foram extraídos das bases municipais do SINAN através das Unidades de Vigilância Epidemiológica de cada município participante para compor o banco da região Caparaó. A pesquisa teve como premissa a assinatura dos Termos de Anuência Institucional por parte dos municípios, bem como do Termo de Sigilo de Preservação e Uso de Dados pelos pesquisadores, tendo a devida aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo. Todas as variáveis contidas na Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada e classificadas como obrigatórias, essenciais e, ainda aquelas relacionadas ao entendimento epidemiológico ou sócio demográfico do agravo foram inseridas nas análises, totalizando 90 para ao período até 2014 e 96 para o subsequente, diferença justificada por alterações ocorridas em 2015 no instrumento de coleta referido. Dado ao seu grande número, as variáveis são apresentadas pormenor nos resultados.

Para a análise de completude foi utilizado o programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS®) versão 24. Considerou-se campo incompleto os registros com informação ignorada ou em branco (BRASIL, 2011) e utilizou-se o escore de Romero e Cunha para a classificação final do grau de completude, que a categoriza em excelente (incompletude menor de 5%); bom (incompletude de 5% a 10%); regular (incompletude de 10% a 20%); ruim (incompletude de 20% a 50%) e, muito ruim (incompletude \geq 50%)

(BRASIL, 2019). Para efeito da verificação da duplicidade foram observadas as variáveis nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento, meio de agressão, data de ocorrência do agravo e horário de registro. Casos registrados para o mesmo usuário com meios de agressão e/ou horários diferentes, ainda que para a mesma data de ocorrência, foram considerados como ocorrências diferentes. A verificação foi realizada manualmente e seguindo o parâmetro de Abath e colaboradores (ABATH, LIMA, LIMA, SILVA, e LIMA; 2014) o banco foi considerado aceitável para percentual de duplicidade situado até 5%.

RESULTADOS

De janeiro de 2011 a dezembro de 2019 foram registradas 1288 notificações de violência interpessoal/autoprovocadas, dentre as quais 333 foram relativas à lesão autoprovocada. A partir do ano de 2014 houve aumento no número de casos notificados, com destaque para o período a partir de 2017, cujos valores mostraram-se crescente e representam 65,16% dos registros totais. Considerando todo o período pesquisado, nota-se uma variação percentual de 4500,0% no crescimento dos registros obtidos.

Tabela 1- Número de casos registrados no banco de violência por ano para região Caparaó, e variação de percentual proporcional, 2011-2019

Notificação	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total de Registro	Varição percentual proporcional
Violência geral	29	47	29	127	142	140	214	291	269	1288	927,6
Lesão autoprovocada	2	7	3	28	44	32	49	78	90	333	4500,0

Para a análise de duplicidade, embora o objetivo fosse avaliar os registros dos casos positivados para lesão autoprovocada, os 1288 registros do banco de violência do período 2011 a 2019 foram analisados. Como resultado foi constatada ausência de duplicidades no sistema.

Já com relação à completitude a análise procedeu-se por período de acordo com a ficha de notificação em vigência para os mesmos; os resultados foram agrupados segundo os blocos de preenchimento das variáveis e sua classificação para o grau de completitude proposto por Romero e Cunha (BRASIL, 2019). Com a exceção da variável que identifica o agravo como auto lesão, para a análise das demais variáveis foram considerados somente os registros identificados positivamente como lesão autoprovocada, totalizando um número de 333. Para o período de 2011 a 2014 foram identificados 40 casos registrados, enquanto que para o período de 2015 a 2019 foram 293 registros encontrados.

Os resultados revelam redução na proporção média de não preenchimento das variáveis, com destaque para o bloco de informações referente aos dados de encaminhamento, que variou de 35,15% de não preenchimento para 8,43%, alcançando o grau de classificação bom para o período 2015 a 2019. O bloco de Dados Gerais apresentou aumento de incompletude, embora não tenha apresentado variação na classificação de completitude. No bloco de notificações individuais, destaca-se, para ambos os períodos, o preenchimento ruim para as variáveis que identificam o número do Cartão do SUS (52,5% de dados incompletos no primeiro período e 36,5% no segundo) e a escolaridade (37,5%; 26,3% respectivamente), mas apesar disso o bloco apresentou melhora significativa no preenchimento das variáveis, saindo da classificação regular para boa. Para o bloco de tipologia da violência, também foi observada melhora na completitude dos dados de todas as variáveis relacionadas reduzindo o valor de 10,21% de incompletude para apenas 1,66%. O bloco com informações sobre o provável autor também apresentou significativa melhora (de 9,75% para 2,83% de não preenchimento). Dados da pessoa atendida e dados da ocorrência apresentaram melhora na completitude, embora com pequena variação entre os períodos; mantendo-se na mesma classificação, os dados de residência apresentaram piora na comparação entre os períodos analisados. Com relação aos dados do bloco complementar houve mudança da classificação de muito ruim para ruim.

Tabela 2- Média percentual de campos incompletos e classificação da qualidade segundo completitude, por bloco e período pesquisado, para os casos de lesão autoprovocada registrados na região Caparaó, 2011-2019

Bloco de Preenchimento: variáveis	Período 2011-2014 (90 variáveis; 40 registros)		Período 2015-2019 (96 variáveis, 293 registros)	
	Incompletitude Média %	Classificação de Completitude	Incompletitude Média %	Classificação de Completitude
Dados Gerais: UF da notificação; município notificador; data da notificação; identificação da unidade notificadora; data da ocorrência.	0,0	Excelente	2,23	Excelente
Notificação Individual: Data de nascimento; sexo; raça/cor; gestante; escolaridade; idade; cartão do SUS.	16,07	Regular	9,86	Bom
Dados de Residência: UF; município; zona; país; distrito; bairro logradouro.	16,07	Regular	18,83	Regular
Dados da Pessoa Atendida: Ocupação; situação conjugal; orientação sexual*; identidade de gênero*; presença de deficiência/transtorno; tipologias de deficiência/transtorno: física, mental, visual, auditiva, transtorno comportamental, transtorno mental.	7,29	Bom	5,45	Bom
Dados da Ocorrência:	8,7	Bom	7,69	Bom

Lesão autoprovocada; UF; município; zona; bairro; local; horário; comportamento de repetição.				
Tipologia da Violência: Tipo de violência: física, sexual, psicológica/moral, tortura, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal, outros tipos; Meio de agressão: força/espantamento, enforcamento, objeto contundente, objeto cortante, substância quente, envenenamento/intoxicação, arma de fogo, ameaça, outro meio; Motivação da violência*	10,21	Regular	1,66	Excelente
Dados do provável autor: Sexo do provável autor; ciclo de vida*; suspeita de uso de álcool; vínculo de parentesco: pai, mãe, padrasto, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, filho, irmão, desconhecido, conhecido, cuidador, patrão, pessoa com relação institucional, polícia/agente da lei, própria pessoa.	9,75	Bom	2,83	Excelente
Evolução, encaminhamento e dados finais: Encaminhamentos realizados**; circunstância da lesão; violência relacionada ao trabalho; emissão de Comunicação de Acidente de trabalho (CAT).	35,15	Ruim	8,43	Bom
Informações Complementares: Observações adicionais.	60,0	Muito Ruim	45,4	Ruim

Já para análise de completitude da variável que identifica o agravo como lesão autoprovocada, as 1288 notificações do banco de violência foram avaliadas e observou-se 3,3% de incompletitude para os casos registrados no período de 2011 a 2014 e 1,4% dos casos de 2015 a 2019, representando excelente grau de completitude para ambos.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram aumento no número de casos registrados e melhoria na média da proporção da completitude quando comparados os períodos pesquisados, com ausências de duplicidades. É provável que o aumento do número de registros, embora possa indicar aumento da ocorrência do agravo, seja indicativo do fortalecimento das ações de vigilância na coleta e rastreio dos casos (ABATH *et al.*, 2014).

Apesar de não serem encontradas duplicidades do sistema, consequência esperada pela rotina administrativa do SINAN (BRASIL, 2019), vale ressaltar que em nossa análise identificamos falhas no processo de preenchimento de alguns dados, como nomes escritos com grafias diferentes e com sobrenomes abreviados, o que pode representar entraves em análises subseqüentes de perfis epidemiológicos onde queira se investigar violência de

repetição, a depender da qualidade do método de investigação utilizado na rotina de padronização do formato das variáveis e blocagem das informações (SANTOS et al, 2014). Com relação à análise da completitude, quando comparado os períodos analisados nota-se melhora nas médias de proporções de não preenchimento, com 18,22% no período de 2011 a 2014, e 11,37% no período seguinte. Apesar da média ainda situar-se na classificação regular, alguns dos blocos apresentaram avanço na classificação de suas variáveis, indicando haver melhora na qualidade dos dados produzidos. Ganha destaque aqui a redução de incompletitude dos dados de encaminhamento, bem como daqueles que descrevem a tipologia da violência e os referentes à notificação individual, informações fundamentais para subsidiar políticas públicas mais eficazes e favorecer o acompanhamento humanizado e integral do serviço de saúde à pessoa atendida (Abath et al, 2014).

CONCLUSÃO

É válido ressaltar que embora a qualidade da informação abarque diversos atributos (BRASIL, 2019) e seja ainda de definição sem consenso na literatura (CORREIA, *et al*, 2014), este estudo limitou-se a estudar dois deles, o que impossibilita uma análise mais precisa a respeito da representatividade dos casos de lesão autoprovocada para a região Caparaó capixaba. Todavia, seus resultados, sobretudo no quesito completitude, embora tenham se mantido na classificação regular apontam para certa qualidade nos registros e uma melhora quando comparados os períodos analisados. Ainda assim, o investimento na capacitação dos profissionais responsáveis pela coleta e registro dos dados, bem como a prática contínua de monitoramento e avaliação destes são estratégias indicadas para que informações mais fidedignas a respeito do agravo possam ser produzidas.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Conhecer o fenômeno do qual se quer cuidar é necessário e somente possível mediante o registro correto de dados que possam gerar informações representativas da população à qual se referencia. Não apenas a padronização, mas a precisão dos dados coletados e registrados sobre os comportamentos de lesão autoprovocadas nos sistemas de informação são aspectos primordiais para trazer resolutividade ao trabalho da vigilância epidemiológica e demais equipamentos de saúde na formação e execução de políticas públicas eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abath, Marcella de Brito, Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de, Lima, Priscilla de Souza, Silva, Maria Carmelita Maia e, & Lima, Maria Luiza Carvalho de. (2014). Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco,

2009-2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 23(1), 131-142. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. (2011). Acedido a 10 ago. 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. (2014). Acedido a 10 mai. 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. (2016). Acedido a 10 set. 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.

Brasil. Ministério da saúde. Caderno de análise: roteiro para uso do sinan net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. (2019). Acedido a 20 ago. 2020. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf.

Correia, Lourani Oliveira dos Santos, Padilha, Bruna Merten, & Vasconcelos, Sandra Mary Lima. (2014). Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4467-4478. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.

Espírito Santo. Lei nº 9.768 de 2011. (2011). Acedido a 10 mar. 2020. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LO9768.html>.

Santos, Simone Agadir, Legay, Letícia Fortes, Aguiar, Fernanda Pinheiro, Lovisi, Giovanni Marcos, Abelha, Lucia, & Oliveira, Sergio Pacheco de. (2014). Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 1057-1066. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>.

World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013 - 2020. Geneva: World Health Organization. (2013). Acedido a 10 ago. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. (2014). Acedido a 12 jul. 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization. (2016). Acedido a 10 ago. 2019. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Suicídio em Portugal em tempos de pandemia – uma primeira avaliação

Sara Freitas Ramos¹; Diana Mendonça Cruz e Sousa²; Bianca Jesus³; Mafalda Isabel da Fonseca Marinho Vaz Soares⁴; João Martins Correia⁵ & João Campos Mendes⁶

¹ Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal. E-mail: sararamos.psiquiatria@gmail.com

² Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal.

³ Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal

⁴ Mestre em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal

⁵ Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal.

⁶ Mestre em Política e Serviços de Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, médico especialista em Psiquiatria, Assistente Graduado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, Av. Rainha Dona Amélia 19, 6300-035, Guarda, Portugal.

RESUMO

CONTEXTO: A pandemia por SARS-CoV-2 revelou-se uma crise sanitária de proporções mundiais. O suicídio tem vindo a ser associado a determinados fatores de risco, incluindo solidão, discriminação, dificuldades económicas e doença mental. Esta pandemia provocou uma sobrecarga de *stressores*, enquanto os recursos promotores de estratégias de *coping* foram reduzidos. **OBJETIVO(S):** Compreender o impacto da pandemia no número de suicídios em Portugal. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo observacional transversal. Foram

identificados e coletados os casos de prováveis suicídios de acordo com os dados do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) disponível através do sistema de Mortalidade Eletrónica (eVM) correspondentes aos períodos de 1 de janeiro a 15 de setembro de 2018, 2019 e 2020. **RESULTADOS:** Entre 2 de março e 15 de setembro foram identificados 299 eventuais suicídios em 2020, 267 em 2019 e 317 em 2018. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os eventuais suicídios de 2018 e 2019 ($p=0.206$). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no período pós confinamento, entre 1 junho e 15 de setembro de 2020, face ao período correspondente de 2019 ($p=0.047$), correspondendo a um aumento do número de eventuais suicídios em 2020. **CONCLUSÕES:** Estudos internacionais apresentam tendências divergentes de resposta das populações a desastres e a pandemias, particularmente nos primeiros meses. A literatura é sugestiva de um aumento de suicídios nos meses subsequentes, seja por medo de infeção ou pelas consequências socioeconómicas. Uma melhor compreensão dos fatores de risco para o suicídio permite o desenvolvimento de medidas que possam minimizar o seu impacto neste contexto pandémico.

Palavras-Chave: Suicídios; COVID-19; SARS-CoV-2

ABSTRACT

BACKGROUND: The SARS-CoV-2 pandemic became a worldwide sanitary crisis. Suicide has been associated with certain risk factors such as loneliness, discrimination, financial hardships, and mental illness. This pandemic brought an overload of stressors, while depleting resources that promote appropriate coping mechanisms. **AIM:** To understand the impact of the pandemic in the number of suicides in Portugal. **METHODS:** We designed a transversal observational study. The Portuguese digital system of death certificates (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito, Mortalidade Eletrónica (SICO-eVM)) was used to collect data on probable suicides through 1 January to 15 September of the years 2018, 2019 and 2020. **RESULTS:** Between March 2nd and September 15th, we identified 299 probable suicides in 2020, 267 in 2019 and 317 in 2018. We did not observe statistically significant differences between probable suicides in 2018 and 2019 ($p=0.206$). A statistically significant difference was observed in the post lock-down period, between June 1st and September 15th 2020, in comparison to the same period in 2019 ($p=0.047$), with greater number of probable suicides in 2020. **CONCLUSIONS:** International studies have presented divergent populational responses to disasters and pandemics, particularly in the first months. The literature suggests an increase in the number of suicides in later months, due to fear of infection or to the socioeconomic consequences. A better understanding of suicide's risk factors allows for the development of measures that may minimize its impact due in these pandemic times.

Keywords: Suicide; COVID-19; SARS-CoV-2

RESUMEN

CONTEXTO: La pandemia por SARS-COV-2 se reveló una crisis sanitaria de proporciones mundiales. El suicidio ha venido asociándose a determinados factores de riesgo, incluso, soledad, discriminación, dificultades económicas y enfermedad mental. La pandemia por COVID-19 aportó un exceso de estresores, mientras los recursos de afrontamiento de estrategias de coping han disminuido. **OBJETIVO(S):** Entender el impacto de la pandemia en el número de suicidios en Portugal. **METODOLOGÍA:** Según los datos del Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) han sido identificados los probables casos suicidas, que se encuentran disponibles a través del Sistema de Mortalidade Eletrónica (eVM) y se refieren al periodo de 1 de enero a 15 de septiembre de 2018, 2019 y 2020. **RESULTADOS:** Desde el 2 de marzo al 15 de septiembre han sido identificados 299 eventuales suicidios en 2020, 267 en 2019 y 317 en 2018. No han sido observadas diferencias estadísticamente significativas entre los eventuales casos de 2018 y 2019 ($p=0.206$). Ha sido observada una diferencia estadísticamente significativa en el periodo tras el confinamiento, desde el 1 de junio al 15 de septiembre de 2020 y de 2019 ($p=0.047$), que corresponde a un número superior de posibles suicidios en 2020. **CONCLUSIONES:** Estudios internacionales presentan tendencias divergentes de respuesta por parte de las poblaciones a los desastres y pandemias, particularmente en los primeros meses. La literatura es sugestiva de un incremento de suicidas en los meses subsecuentes, si por miedo de infección o por consecuencias económicas. Un mejor entendimiento de los factores de riesgo para el suicidio estimula el desarrollo de medidas que pueden bajarlo y, así reducir el impacto de la pandemia en el suicidio en Portugal.

Palabras Clave: Suicidio; COVID-19; SARS-COV-2

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde alerta para um aumento do número de suicídios em períodos de crise, como é aquele que vivemos atualmente, no contexto da pandemia por COVID-19 (Singh, Baral, & Mahato, 2020). O suicídio tem vindo a ser associado a determinados fatores de risco, como solidão, discriminação, dificuldades económicas e doença mental (Singh *et al.*, 2020). Esta pandemia trouxe consigo uma sobrecarga de stressores, enquanto que os recursos promotores de estratégias de *coping* foram reduzidos (Clay, 2020). Para além disso, a literatura sugere que o isolamento e a quarentena aumentam o risco de depressão, ansiedade, fobia e trauma (Brooks *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2020). Assim, é expectável uma deterioração da saúde mental, seja em pessoas já diagnosticadas com doença mental, seja em pessoas previamente saudáveis, e tem vindo a ser sugerido um aumento do número de suicídios (Gunnell *et al.*, 2020).

Em Portugal, 0,8% do total de mortes de 2018 deveram-se a suicídio (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018), o que se traduziu em 989 vidas perdidas (FFMS, 2018). Por outro lado, de acordo com o relatório mais recente do Instituto Nacional de Estatística, o número de anos potenciais de vida perdidos por lesões autoprovocadas intencionalmente e sequelas (suicídios) foi de 14 990 anos em 2017 (INE, 2019).

A 2 de março de 2020, numa altura em que outros países já se encontravam em plena primeira vaga, com elevadas taxas de contágio, registou-se em Portugal o primeiro caso de infeção por SARS-COV-2, o novo coronavírus, primeiramente detetado na China, em 2019. A 18 de março, foi decretado o estado de emergência em Portugal e iniciou-se o primeiro período de confinamento, que durou até 2 de Maio. O plano de desconfinamento prolongou-se até 1 de Junho. A 15 de Setembro de 2020, foi decretado um novo estado de contingência, de forma a fazer face a uma subida do número de contágios.

Este estudo teve como objetivo compreender o impacto da pandemia no número de suicídios em Portugal, na fase inicial da sua evolução.

MÉTODOS

Foi desenhado um estudo observacional transversal. Foram identificados os casos de prováveis suicídios de acordo com os dados do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) disponível através do sistema de Mortalidade Eletrónica (eVM). O SICO é o sistema de informação de mortalidade em Portugal, instituído pela Lei nº 15/2012 de 3 de Abril (Direção Geral de Saúde, 2020). Tem como objetivo “permitir a articulação das entidades envolvidas no processo de certificação dos óbitos, garantindo uma adequada utilização dos recursos, melhoria da qualidade, do rigor da informação e rapidez de acesso aos dados em condições de segurança e no respeito pela privacidade dos cidadãos” (Direção Geral de Saúde, 2020.). A gestão e tratamento da base de dados do SICO é da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde. As causas de morte são classificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde – 10.^a revisão (CID-10) (Direção Geral de Saúde, 2020). O sistema informático foi desenvolvido e encontra-se ao encargo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (Direção Geral de Saúde, 2020). Os dados apresentados no Sistema de Vigilância: SICO/eVM são atualizados automaticamente a cada 10 minutos com base na informação recolhida pelo SICO (DGS, 2020). Relativamente aos dados dos suicídios, estes são apresentados como mortalidade não natural (causa externa) e denominados como prováveis suicídios. São dados provisórios e as atualizações efetuadas podem afetar qualquer dia dos dois últimos anos apresentados. Assim, os dados relativos aos suicídios foram obtidos através da consulta deste sistema SICO/eVM online, recolhendo os dados relativos ao número de “eventuais suicídios” por dia, no período especificado.

Os dados utilizados para a análise foram consultados a 7 de janeiro de 2021 e os autores recolheram o número de prováveis suicídios decorridos entre 1 de janeiro e 15 de setembro dos anos 2018, 2019 e 2020. Foi escolhido o dia 15 de setembro pois marca a retoma das medidas de contingência a nível nacional. A análise estatística foi realizada com recurso ao software RStudio, tendo-se realizado teste de igualdade de proporções a duas amostras independentes, com correcção de continuidade. Foi utilizado um nível de significância de 0.05.

RESULTADOS

Entre 1 de janeiro de 2020 e 15 de setembro de 2020 foram identificados 376 prováveis suicídios. Este valor é superior a igual período de 2019, com 365 prováveis suicídios, mas inferior ao período correspondente de 2018, que contabilizou 401 prováveis suicídios. Esta tendência manteve-se para as contagens referentes ao período em que a pandemia foi oficialmente detetada em Portugal, ou seja, entre 2 de março e 15 de setembro. Neste período, contabilizaram-se 299 prováveis suicídios em 2020, 267 em 2019 e 317 em 2018. A distribuição mensal dos eventuais suicídios pode ser observada na Figura 1.

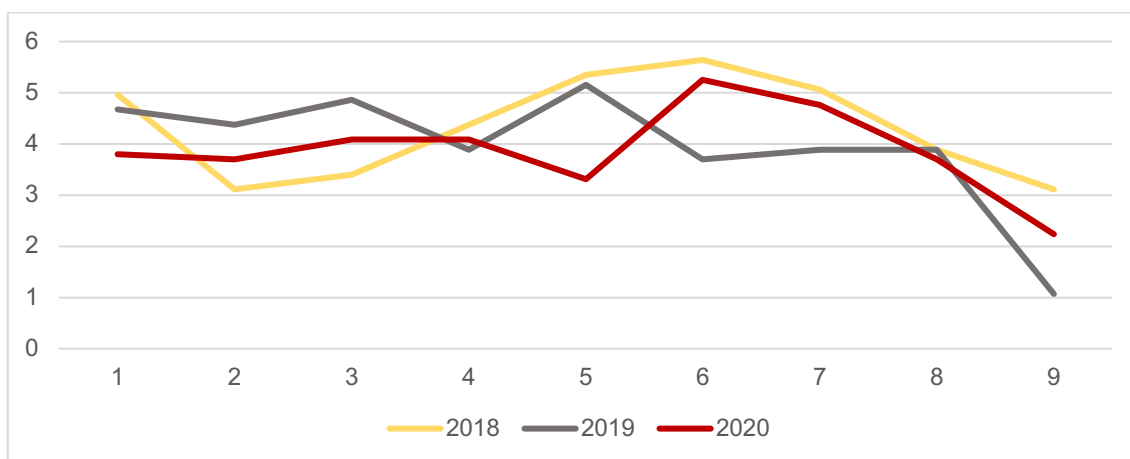


Figura 1- Distribuição mensal dos eventuais suicídios em Portugal, entre 01 de janeiro e 15 de setembro de 2018, 2019 e 2020. O primeiro caso de infeção respiratória por SARS-CoV-2 em Portugal foi registado a 2 de março. Os dados são apresentados por milhão de pessoas, assumindo a população portuguesa como 10,28 milhões de pessoas.

Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de eventuais suicídios ocorridos no período pré-pandémico (janeiro a março) de 2020 e no período equivalente de 2019 ($p=0.1306$). Do mesmo modo, a análise comparativa entre os eventuais suicídios ocorridos nos períodos equivalentes de 2018 e 2019 também não identificou diferenças estatisticamente significativas ($p=0.206$).

O período relativo à primeira vaga da pandemia foi avaliado em duas parcelas. A primeira parcela corresponde ao período entre 02 de março, dia em que foi detetado o primeiro caso

de infeção, e 31 de maio, data do fim do primeiro estado de emergência com confinamento. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre este período de 2020 e o período equivalente de 2019 ($p=0.9037$). A segunda parcela correspondeu ao período seguinte, pós-confinamento, de 1 de junho a 15 de setembro de 2020, data em que foi decretado um novo estado de contingência. Neste período, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.047$), com 164 eventuais suicídios em 2020, em comparação com 129 em 2019. Em igual período de 2018, verificou-se um número superior de eventuais suicídios ($n=183$), no entanto esta diferença, em relação a 2020, não se revelou estatisticamente significativa ($p=0.334$).

DISCUSSÃO

Este estudo exploratório pretendia compreender se a pandemia estaria associada a um aumento do número de suicídios em Portugal, numa fase precoce da sua evolução. Observou-se que 2020, no período compreendido entre 1 de janeiro e 15 de setembro de 2020, apresenta um número superior de prováveis suicídios face a 2019, mas inferior a 2018.

Contudo, numa avaliação parcelar, verificou-se uma diferença discreta, mas estatisticamente significativa, no número de suicídios no período pós-confinamento, entre 01 de junho a 15 de setembro de 2020, face ao período correspondente de 2019. No período correspondente de 2018 verificou-se um número absoluto de eventuais suicídios superior ao de 2020, esta diferença não revelou significância estatística. Colocou-se a hipótese deste número superior de suicídios em 2018 se dever ao fenómeno de Werther, que associa a mediatização do suicídio ao aumento do número de suicídios, tendo em conta que, nesse ano, se verificou um suicídio num centro comercial português, em abril, e se suicidaram, pelo menos, 3 figuras públicas no mês de junho, e que todos estes casos foram amplamente difundidos nos meios de comunicação social.

A literatura internacional tem estudado o impacto na saúde mental e comportamentos suicidas de eventos como desastres e epidemias. Revisões sistemáticas sobre suicídio no contexto de desastres, predominantemente naturais, têm observado resultados discrepantes na sua direccionalidade. Enquanto vários observam tendências de aumento da taxa de suicídios, outros registam diminuições ou a manutenção das taxas de suicídio (Reifels, Spittal, Duckers, Mills, & Pirkis, 2018). Um estudo australiano notou ainda que a exposição repetida a desastres, em comparação a um evento único, aumenta o risco de comportamentos suicidas na população (Reifels *et al.*, 2018).

Poucas epidemias na história recente tiveram a magnitude da atual. A mais comparável será, porventura, a Gripe Espanhola de 1918-1919 causado por vírus H1N1 (Sher, 2020). Nesta pandemia, observou-se um aumento de 14-19% de mortes por suicídio no período correspondente à segunda vaga, enquanto que, na primeira vaga, a taxa de suicídio não

sofreu alterações (Y. H. Chang, Chang, Hsu, & Gunnell, 2020). Teorizou-se este aumento de mortes por suicídio na segunda vaga como consequência do medo de ser infetado, do isolamento social e das consequências socioeconómicas da pandemia (Y. H. Chang *et al.*, 2020).

As previsões económicas apontam para o desenvolvimento de uma recessão económica na sequência da pandemia por COVID-19 (Reger, Stanley, & Joiner, 2020). A relação entre recessões económicas e aumento do suicídio encontra-se bem estabelecida (Reger *et al.*, 2020; Wand, Zhong, Chiu, Draper, & De Leo, 2020). A última grande recessão, correspondente à Crise Financeira Global de 2008, associou-se a aumentos de 4,2% nas taxas de suicídios dos países europeus e 6,4% em países do continente americano (S. S. Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013). Por detrás desta relação, o desemprego afigura-se como um dos principais moderadores (McIntyre & Lee, 2020). Em julho deste ano, em Portugal, verificou-se um aumento da população desempregada de 20,2%, em comparação com julho de 2019 (INE, 2020). De acordo com as análises históricas, a manutenção ou agravamento destes números de desemprego em Portugal poderá conduzir a aumentos das taxas de suicídio. A pandemia pode ainda ter agravado outros fatores precipitantes de suicídio, como é o caso da violência doméstica e abuso de álcool (Gunnell *et al.*, 2020).

A nível internacional, a evolução das taxas de suicídio, desde o início da pandemia, tem apresentado marcada variação entre países. Por exemplo, no Nepal, os casos de suicídio aumentaram 20% durante a pandemia (Singh *et al.*, 2020), enquanto no Japão, com o início da pandemia, se registou uma diminuição de 14,8% das taxas de suicídio (Tanaka & Okamoto, 2020).

Têm sido feitos esforços para compreender as motivações por detrás de suicídios associados à fase inicial da pandemia. Na Índia, foram identificados 69 casos de suicídios associados a COVID-19 noticiados na imprensa. Na vasta maioria dos casos, tratavam-se de indivíduos do sexo masculino, em idade ativa, e as principais motivações prendiam-se com o medo da infeção por COVID-19 e com dificuldades financeiras (Dsouza, Quadros, Hyderabadwala, & Mamun, 2020).

Embora Portugal não tenha, para já, registado um incremento evidente no número de suicídios, não se devem descurar as medidas de prevenção. Nos primeiros meses da pandemia, as medidas de distanciamento social e confinamento poderão ter limitado a mobilidade das pessoas com ideação autolesiva e dificultado o seu acesso aos meios necessários para cometer o suicídio. O confinamento ao domicílio, acompanhado por familiares, poderá também ter servido como dissuasor de tentativas de suicídio, uma vez que a proximidade física e presença de companhia dificultavam a logística da tentativa, ou então, permitiam uma deteção mais precoce da tentativa de suicídio, com orientação atempada para os cuidados de saúde. Para além disso, foram conduzidas campanhas de sensibilização e

prevenção de doença mental e suicídio, com ampla divulgação não só na comunicação social, mas também nas redes sociais. Estas medidas poderão ter contribuído para a noção de suporte social e intervenção rápida em casos de ideação suicida.

Este estudo apresenta várias limitações. Por um lado, apenas recolheu dados referentes a dois anos prévios à pandemia para utilização como comparador. A utilização de maior volume de dados permitiria uma estimativa mais adequada do impacto da pandemia na variação dos casos de suicídio. Por outro lado, os dados utilizados são provisórios, estando sujeitos a atualizações diárias que podem conduzir a variações no período referente aos últimos dois anos. Apesar do carácter provisório dos dados, estes permitem uma estimativa do panorama nacional, que ajuda a compreender a evolução da mortalidade associada aos casos de suicídio. Por último, de forma a mitigar o impacto que o aumento da mortalidade de 2020 poderia ter na avaliação da frequência de suicídios, optou-se por utilizar como denominador comum uma estimativa da população portuguesa, assumindo que se manteve estável durante todo o período em estudo.

CONCLUSÃO

Prevê-se que a pandemia por COVID-19 tenha um impacto nefasto na saúde mental a nível internacional, deixando milhões de pessoas mais vulneráveis ao desenvolvimento de doença mental e, eventualmente, a comportamentos autolesivos. Os dados deste estudo revelaram que em Portugal, nos primeiros meses de pandemia, nomeadamente entre 2 de março e 15 de setembro de 2020, o número de casos de suicídio não diferiu de forma marcada em relação ao período correspondente do ano anterior, ainda que se tenha verificado uma diferença estatisticamente significativa no período de 1 de junho a 15 de setembro.

Deste modo, os profissionais de saúde mental e os decisores políticos não deverão descuidar a atenção devida a este fenómeno. Os próximos meses, com as novas vagas de infeção e a contração económica, afiguram-se como períodos de risco. É essencial que se proceda a uma vigilância da evolução do número de suicídios em Portugal e se implementem medidas para prevenir a subida do número de suicídios.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Este estudo revela um aumento do número de suicídios entre 2020, comparativamente a 2019, num período em que a pandemia se encontrava numa fase de menor impacto e o país se encontrava com menos restrições.

A revisão da literatura alerta também para aumentos nas taxas de suicídio nas vagas pandémicas subsequentes, possivelmente em contexto de exposição repetida e efeito cumulativo dos stressores. Pretende-se assim que este estudo sensibilize os profissionais de saúde para a necessidade de regulares e cuidadosas triagens de risco de suicídio, mesmo

em pessoas sem histórico de doença mental. Atendendo a estes alertas, poderá revelar-se útil a implementação e o reforço de ações de sensibilização para a prevenção do suicídio, incluindo a manutenção de linhas de apoio, enquanto durar a pandemia.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm a reportar conflitos de interesse que possam interferir com a avaliação e condução do presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a João Santos pelo seu apoio com a análise estatística desenvolvida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239. doi:10.1136/bmj.f5239

Chang, Y. H., Chang, S. S., Hsu, C. Y., & Gunnell, D. (2020). Impact of Pandemic on Suicide: Excess Suicides in Taiwan During the 1918-1920 Influenza Pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(6). doi:10.4088/JCP.20113454

Clay, R. A. (2020). *COVID-19 and Suicide – COVID-19 Special Report*. Retrieved from <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-suicide>

DGS. (2020). Metadados: Sistema de Vigilância: SICO/eVM - Vigilância eletrónica de mortalidade em tempo real.

Direção Geral de Saúde. (2020). SICO - Sistema de Informação de Certificados de Óbito. Retrieved from https://evm.min-saude.pt/#shiny-tab-info_sico

Dsouza, D. D., Quadros, S., Hyderabadwala, Z. J., & Mamun, M. A. (2020). Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. *Psychiatry Research*, 290, 113145. Doi:10.1016/j.psychres.2020.113145

FFMS. (2018). Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte. Retrieved 2020-09-19, from PORDATA <https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156-235702>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2018). Óbitos por algumas causas de morte (%). Retrieved 2020-09-19, from PORDATA [https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentage\)-758-235713](https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentage)-758-235713)

- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M, O'Connor, R.C., Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. doi:10.1016/s2215-0366(20)30171-1
- INE. (2019). *Causas de Morte 2017*. Retrieved from file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/CM_2017a.pdf
- INE. (2020). *Estimativas Mensais de Emprego e Desemprego*. Retrieved from file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/30IE_Agosto2020.pdf
- McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113104. doi:10.1016/j.psychres.2020.113104
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- Reifels, L., Spittal, M. J., Duckers, M. L. A., Mills, K., & Pirkis, J. (2018). Suicidality Risk and (Repeat) Disaster Exposure: Findings From a Nationally Representative Population Survey. *Psychiatry*, 81(2), 158-172. doi:10.1080/00332747.2017.1385049
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *Qjm*. doi:10.1093/qjmed/hcaa202
- Singh, R., Baral, K. P., & Mahato, S. (2020). An urgent call for measures to fight against increasing suicides during COVID-19 pandemic in Nepal. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102259. doi:10.1016/j.ajp.2020.102259
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2020). Suicide during the COVID-19 pandemic in Japan. *medRxiv*, 2020.2008.2030.20184168. doi:10.1101/2020.08.30.20184168
- Wand, A. P. F., Zhong, B. L., Chiu, H. F. K., Draper, B., & De Leo, D. (2020). COVID-19: the implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*, 1-6. doi:10.1017/S1041610220000770
- World Health Organization. (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*.

Intervenção psicoterapêutica ao cuidador informal da pessoa com perturbação mental: revisão integrativa

Ana Sofia Sobral*, **Rosa Carneiro****, **António Ferreira*****, **Ana Quesado******

*Enfermeira; Enfermeira Divisão Intervenção Comportamentos Aditivos e Dependências – Equipa de Tratamento de Vila Nova de Gaia, ARS Norte, Rua do Jardim, 940, 4405-824 Vila Nova de Gaia, Portugal. E-mail: pachecosobral@hotmail.com

**Enfermeira; Enfermeira na USF Boa Nova – ACES Espinho / Gaia – ARS Norte, Rua da Boa Nova, 325/347, 4405-535 Valadares- Vila Nova de Gaia, Portugal. Email: rmpcarneiro@hotmail.com

***Mestre; Prof. Adjunto; Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, 3720-126 Oliveira de Azeméis, Portugal. antonio.ferreira@essnortecvp.pt

****Mestre; Prof.^a Adjunto; Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, 3720-126 Oliveira de Azeméis, Portugal. ana.quesado@essnortecvp.pt

RESUMO

CONTEXTO: Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2015), Portugal possui a maior taxa da Europa de cuidados domiciliários informais. Estima-se que no nosso país o número de cuidadores informais ronde as 800.000 pessoas. **OBJETIVO(S):** Identificar intervenções psicoterapêuticas com cuidadores informais que visem facilitar a transição saúde e doença mental; Analisar os resultados de intervenções psicoterapêuticas ao cuidador informal da pessoa com doença mental; Definir uma intervenção psicoterapêutica que facilite respostas adaptativas ao cuidador informal. **MÉTODOS:** Revisão integrativa da literatura utilizando as bases EBSCOhost e MEDLINE. Selecionaram-se artigos publicados entre 2010 e 2019, com evidência de implementação de intervenções psicoterapêuticas a cuidadores informais de pessoas com doença mental e avaliação dos seus resultados. **RESULTADOS:** Os artigos analisados permitem identificar que a implementação de Programas Psicoeducativos para capacitação de cuidadores informais de doentes com perturbação mental, contribuem positivamente na gestão da ansiedade, do stresse e na diminuição da sobrecarga do cuidador informal. Os programas devem responder a requisitos teóricos de intervenção, sendo caracterizados em média através de 6 sessões, com periodicidade semanal (6 semanas) e com duração aproximada de 90 minutos por sessão. **CONCLUSÕES:** A prática de enfermagem em Saúde Mental fundamenta-se essencialmente em intervenções que se destinam a melhorar a qualidade de vida do utente e da sua família, nomeadamente através da intervenção no controlo do surto da doença e na sua estabilidade, no apoio à integração social após o aparecimento da doença, na cooperação na adesão ao tratamento e no suporte na adaptação à nova condição.

Palavras-Chave: Cuidador informal; Perturbação Mental; Intervenção Psicoterapêutica

ABSTRACT

BACKGROUND: According to the Health Regulatory Authority (2015), Portugal has the highest rate in Europe for informal home care. It is estimated that in our country the number of informal caregivers is around 800,000 people. **AIM:** To identify psychotherapeutic interventions with informal caregivers that aim to facilitate the transition between health and mental illness; Analyze the results of psychotherapeutic interventions to the informal caregiver of the person with mental illness; Define an intervention / program that facilitates adaptive responses that allow the informal caregiver of the person with mental illness to develop their role as caregiver. **METHODS:** Integrative literature review using the EBSCOhost and MEDLINE databases. Articles published between 2010 and 2019 were selected, with evidence of the implementation of psychotherapeutic interventions to informal caregivers of people with mental illness and evaluation of their results. **RESULTS:** The analyzed articles make it possible to identify that the implementation of Psychoeducational Programs for training informal caregivers of patients with mental disorders, contribute positively to the management of anxiety, stress and reducing the burden of informal caregivers. The programs must respond to theoretical intervention requirements, being characterized on average through 6 sessions, with weekly frequency (6 weeks) and lasting approximately 90 minutes per session. **CONCLUSIONS:** The practice of nursing in Mental Health is based essentially on interventions that aim to improve the quality of life of the user and his family, namely through intervention in controlling the outbreak of the disease and in its stability, in supporting integration social after the onset of the disease, cooperation in adherence to treatment and support in adapting to the new condition.

Key words: Informal caregiver; Mental Disturbance; Psychotherapeutic Intervention.

RESUMEN

CONTEXTO: Según la Autoridad Reguladora de la Salud (2015), Portugal tiene la tasa más alta de Europa para la atención domiciliar informal. Se estima que en nuestro país el número de cuidadores informales ronda las 800.000 personas. **OBJETIVO(S):** Identificar intervenciones psicoterapéuticas con cuidadores informales que tienen como objetivo facilitar la transición entre la salud y la enfermedad mental; Analizar los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas al cuidador informal de la persona con enfermedad mental; Definir una intervención / programa que facilite respuestas adaptativas que permitan al cuidador informal de la persona con enfermedad mental desarrollar su rol de cuidador. **METODOLOGÍA:** Revisión integrativa de la literatura utilizando las bases de datos EBSCOhost y MEDLINE. Se seleccionaron artículos publicados entre 2010 y 2019, con

evidencia de la implementación de intervenciones psicoterapéuticas a cuidadores informales de personas con enfermedad mental y evaluación de sus resultados. **RESULTADOS:** Los artículos analizados permiten identificar que la implementación de Programas Psicoeducativos para la formación de cuidadores informales de pacientes con trastornos mentales, contribuyen positivamente al manejo de la ansiedad, el estrés y la reducción de la carga de los cuidadores informales. Los programas deben responder a requerimientos teóricos de intervención, caracterizándose en promedio por 6 sesiones, con frecuencia semanal (6 semanas) y con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. **CONCLUSIONES:** La práctica de la enfermería en Salud Mental se basa fundamentalmente en intervenciones que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del usuario y su familia, es decir, mediante la intervención en el control del brote de la enfermedad y en su estabilidad, en el apoyo a la integración social después del inicio de la enfermedad, cooperación en la adherencia al tratamiento y apoyo en la adaptación a la nueva condición.

Palabras clave: cuidador informal; Trastorno mental; Intervención psicoterapéutica

INTRODUÇÃO

A iniciação no papel de cuidador informal (CI), raramente resulta de um processo consciente e de livre escolha. Neste sentido, o cuidador enfrenta diariamente desafios inesperados e sofre perdas de controlo pessoal, que vão ter repercussões na sua saúde física e emocional, principalmente quando o cuidado se torna prolongado no tempo (Mata, Pimentel, Fernandes & Magalhães, 2012).

Tornar-se cuidador de uma pessoa portadora de patologia mental, exige a transposição das suas necessidades e desejos para um plano secundário e que a sua vida seja pensada e reorganizada de acordo com as necessidades do doente (Zanetti, 2007).

De acordo com Vanderpitte, Noortgate, Putman, & Verhaeghe (2016) as intervenções psicoterapêuticas são singularmente adaptadas pelas suas características individuais e únicas. Esta tipologia de intervenção com cuidadores informais visa facilitar a adaptação da família à doença e retardar a institucionalização no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida ao doente dependente. A perturbação mental impõe aos cuidadores exigências que afetam o seu bem-estar, pelo que as abordagens psicoterapêuticas afiguram-se como intervenções promissoras na redução do stresse e *burnout* dos mesmos.

MÉTODOS

Com vista ao alcance dos objetivos propostos, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, método que proporciona a síntese de conhecimentos, pois possibilita reunir resultados de estudos significativos e a incorporação da aplicabilidade de resultados na

prática (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). As etapas que orientaram o desenvolvimento desta revisão foram: 1- elaboração da pergunta norteadora, 2- estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, 4- análise crítica dos estudos incluídos, 5- análise, síntese e apresentação dos resultados (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A pergunta norteadora da pesquisa foi: *Efetividade de intervenção psicoterapêutica dirigida aos cuidadores informais de doentes com perturbação mental.*

A seleção dos estudos foi realizada por dois autores, de forma independente e concomitante, em Junho e Julho de 2020, por meio do acesso *on-line* em bases e bancos de dados de destaque na área da saúde: *bases EBSCOhost e MEDLINE*. Foram cruzados os descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e os termos do *Medical Subject Headings (MeSH)* e utilizados os operadores booleanos *AND* e *OR*, assim elaborando a estratégia de pesquisa com base nos descritores e termos controlados com a combinação dos descritores: *Informal caregiver AND Mental Disturbance AND Psychotherapeutic Intervention.*

Constituíram critérios de inclusão para seleção dos artigos: publicações em português e inglês, com textos completos e disponíveis nas bases e nos bancos de dados selecionados, no período de 2010 a 2019, que respondessem à questão norteadora.

RESULTADOS

Segundo Brito (2000), o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deverá avaliar conhecimentos sobre a doença, expectativas e necessidades do cuidador, qual o suporte social, eventuais sinais de stress, sintomatologia psiquiátrica, sinais de sobrecarga do cuidador, relação familiar e qualidade da relação doente-cuidador numa perspetiva integrativa e multidimensional.

O profissional de enfermagem deve, ainda, disponibilizar e aconselhar intervenções específicas ao cuidador, com eficácia suportada pela investigação, com o objetivo de minimizar os efeitos negativos na saúde física e psicológica do cuidador, associados à prestação de cuidados.

Após esta avaliação, os enfermeiros deverão identificar situações de maior vulnerabilidade e risco, e, nesse sentido ajudá-los a identificar estratégias de coping de forma a desenvolver novas estratégias de capacitação para fazer face às situações problemas do dia-a-dia. (Baptista, Beuter, Girardon-Perlini & Brondani, 2012).

Para que o cuidador consiga lidar melhor com a doença no seu quotidiano e diminuir os efeitos ligados à sobrecarga, é essencial o apoio que os profissionais podem fornecer a nível das intervenções familiares, de modo a que estes adquiram competências para o seu desempenho como parceiros nos cuidados. As intervenções baseiam-se ao nível da

informação, da educação, da psicoeducação, da consultoria, do aconselhamento e de psicoterapia (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves & Barahona-Correa, 2006).

A perturbação mental impõe aos cuidadores exigências que afetam o seu bem-estar, pelo que as abordagens psicoeducativas afiguram-se como intervenções promissoras na redução do stress e *burnout* dos mesmos.

Estas intervenções psicoeducativas que integram as componentes de apoio educacional e psicossocial, têm-se assumido como eficazes nos cuidados familiares no domicílio, aumentando o seu sentido de competência para lidar com a doença e ajudando a desenvolver estratégias de coping eficazes. Contudo, podem ser desenvolvidas com duração breve e delimitadas no tempo pois são importantes e determinantes para a intervenção familiar.

A componente educativa procura dar informação sobre a doença (etiologia, sintomas, curso esperado, prevenção) e os cuidados a ter em casa, de forma a permitir à família antecipar mudanças na sua organização causadas pela doença e aumentar a sua capacidade para lidar funcionalmente com as transições; dar conhecimento sobre os recursos de apoio comunitário disponíveis; facilitar o reenquadramento da doença, desenvolvendo sentimentos de competências e controlo; disponibilizar material educativo que sintetiza os principais temas abordados. Importa ainda salientar que o acompanhamento após a realização da intervenção entende-se como fundamental para assegurar a manutenção dos benefícios alcançados bem como prevenir a quebra ou deterioração dos cuidados familiares (Vanderpitt et al., 2016).

DISCUSSÃO

Em Portugal, os estudos desenvolvidos são unânimes quando se reportam ao papel de apoio dos CI a pessoas dependentes. Com a avanço da medicina, o envelhecimento demográfico, a diminuição da população jovem e o aumento da esperança média de vida, ser cuidador, adquire maior significância (Teixeira et al, 2017). O projeto de intervenção intitulado: *Capacitar (Te) para cuidar (Te)* surge de uma necessidade de resposta a um serviço destinado a CI de pessoas com perturbação mental, a ser integrado como um programa inovador na clínica pedagógica de uma Escola Superior de Saúde da região centro de Portugal.

CONCLUSÃO

A prática de enfermagem em Saúde Mental fundamenta-se essencialmente em ações que se destinam a melhorar a qualidade de vida do utente e da sua família, nomeadamente através da intervenção no controlo do surto da doença e na sua estabilidade, no apoio à integração social após o aparecimento da doença, na cooperação na adesão ao tratamento e no suporte na adaptação à nova condição.

Este projeto surgiu no sentido de capacitar a pessoa na transição para o papel de cuidador, de acordo com o previsto no padrão de documentação da Ordem dos Enfermeiros (2018).

A problemática das necessidades dos cuidadores informais de pessoas com perturbação mental merece por parte dos profissionais de saúde uma particular atenção, para a implementação de projetos de intervenção na comunidade e para a criação de estratégias de ação e redes de suporte formal de apoio ao cuidador, à família e ao utente. A implementação deste programa tem como propósito contribuir para a obtenção e otimização de competências, autonomia e autoestima do CI e consequente satisfação das necessidades das pessoas por eles cuidadas diminuindo assim as dificuldades sentidas aquando a prestação de cuidados. Através da pesquisa bibliográfica pode-se inferir que os cuidadores ajustam estratégias de acordo com as necessidades da pessoa de quem cuidam proporcionando uma maior qualidade de vida em contexto familiar. A falta de respostas apropriadas para apoiar os cuidadores informais é uma realidade constatada ao longo desta pesquisa. Será pertinente investigação que assente na necessidade de formação e sensibilização acerca da importância da prestação de cuidados às pessoas com perturbação mental.

Saber ouvir, estar desperto para os sentimentos e para a partilha de conhecimentos é fundamental. A família deve ser escutada, devendo criar-se condições para que possam expressar sentimentos de revolta, angustia, sentimentos de culpa e os profissionais de saúde devem facilitar o diálogo. Assim, durante o processo de cuidar da pessoa, família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital, a especificidade característica do EESMP, permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial tendo como objetivo evitar o agravamento da situação, procurando promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE, 2018).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A definição de uma intervenção psicoterapêutica (Fig.1) dirigido ao cuidador informal da pessoa com doença mental é fundamental de forma a contribuir para a sua capacitação no papel de cuidador, com autonomia, responsabilidade e gestão dos seus níveis de ansiedade, stresse e sobrecarga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, B.; Beuter, M.; Girardon-Perlini, N.; Brondani, C. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliário: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de enfermagem*. 33 (1). 147-156. doi: 10.1590/S1983-14472012000100020
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Portal da Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/media/3449/ers_-_estudo_cuidados_continuados_-_vers_o_final.pdf

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A.; Barohona-Correa, B. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*, (19), 1-8

Mata, M. A., Pimentel, M. H., Fernandes, A., Magalhães, C. P., Brás, M. (2012). Sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com variáveis do cuidador e dependência dos idosos nas AVD. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/8343>

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. doi: [org/10.1590/s1679-45082010rw1134](https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134).

Teixeira, A.; Alves, B.; Augusto, B.; Fonseca, C.; Nogueira, J.; Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais. – Documentos enquadrador, perspectiva nacional e internacional*. Disponível em: <http://cdn.imprensa.pt>

Vanderpitte, S.; Noortgate, N.; Putman, K. & Verhaeghe, S. (2016). Eficácia do apoio a cuidadores informais de pessoas com demência: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e não randomizados. *Journal of Alzheimers disease*. 52 (3), 929-65. doi: 10.3233 / JAD-151011

Zanetti, A. C., Galera, S. (2007). O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 28 (3), 385-92

Revisão bibliográfica: Canabionídeos sintéticos e a Internet: Novos desafios para enfermagem

Rosa Maria Diaz Beloso

SERGAS.Salud Mental.Enfermera especialista en salud mental en hospitalizacion .
Profesora de Practica clínicas Salud Mental (Grado de Enfermeria).Universidad de Vigo.
Telefono movil 630809562. Direccion:Travesia de Vigo n 107,8 A,36206.Vigo,España.
E-mail: rosadiazbeloso@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: El fenómeno emergente del uso de las nuevas drogas psicoactivas, plantea importantes retos a nivel sanitario. Dentro de este grupo estan los cannabinoides sintéticos (CS).Estas sustancias aunque tienen estructuras químicas dispares, tienen como característica común la afinidad por los receptores cannabinoides. **OBJETIVO(S):** Describir su composición química, formas de presentación en el mercado, datos de consumo, además de analizar su mecanismo de acción y riesgos para la salud. **MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda en las bases bibliográficas incluidas en linceo plus, medline y psycinfo. Los términos utilizados fueron “cannabinoides sintéticos”, “internet” y “spice”. También se consultaron webs oficiales y de perfil científico. Se incluyen estudios de hasta 5 años (2014-2019) revisados por expertos, obteniéndose 35 resultados. Posteriormente, se eliminaron los duplicados y se analizaron unos 20 artículos. **RESULTADOS:** Los cannabinoides sintéticos agrupan una gran cantidad de sustancias químicas. Los efectos sobre la salud pueden ser similares a los del cannabis, pero debido a la variabilidad de sus componentes no están ampliamente estudiados. Como señuelo publicitario se contextualizan en la aromaterapia, ambientadores para yoga, etc. Para realizar ventas de forma anónima solo se necesita acceder a la Deep web con TOR y realizar el pago en BITCOINS. **CONCLUSÕES:** La rápida evolución en la síntesis de estas sustancias, con cambios en sus componentes y metabolismo, pueden suponer un importante factor de riesgo para la salud. Los profesionales de enfermería podrían realización de estudios de tipo cualitativo para conocer nuevos perfiles de consumo, y diseñar estrategias de prevención dirigidas a población adolescente, más vulnerable en el acceso a estas sustancias a través de Internet.

Palavras-Chave: Cannabinoides sintéticos; Internet; Especiarías.

RESUMEN

CONTEXTO: El fenómeno emergente del uso de las nuevas drogas psicoactivas, plantea importantes retos a nivel sanitario. Dentro de este grupo estan los cannabinoides sintéticos (CS).Estas sustancias aunque tienen estructuras químicas dispares, tienen como

característica común la afinidad por los receptores cannabinoides. **OBJETIVO(S):** Describir su composición química, formas de presentación en el mercado, datos de consumo, además de analizar su mecanismo de acción y riesgos para la salud. **MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda en las bases bibliográficas incluidas en linceo plus, medline y psycinfo. Los términos utilizados fueron “cannabinoides sintéticos”, “internet” y “spice”. También se consultaron webs oficiales y de perfil científico. Se incluyen estudios de hasta 5 años (2014-2019) revisados por expertos, obteniéndose 35 resultados. Posteriormente, se eliminaron los duplicados y se analizaron unos 20 artículos. **RESULTADOS:** Los cannabinoides sintéticos agrupan una gran cantidad de sustancias químicas. Los efectos sobre la salud pueden ser similares a los del cannabis, pero debido a la variabilidad de sus componentes no están ampliamente estudiados. Como señuelo publicitario se contextualizan en la aromaterapia, ambientadores para yoga, etc. Para realizar ventas de forma anónima solo se necesita acceder a la Deep web con TOR y realizar el pago en BITCOINS. **CONCLUSIÓNES:** La rápida evolución en la síntesis de estas sustancias, con cambios en sus componentes y metabolismo, pueden suponer un importante factor de riesgo para la salud. Los profesionales de enfermería podrían realizar estudios de tipo cualitativo para conocer nuevos perfiles de consumo, y diseñar estrategias de prevención dirigidas a población adolescente, más vulnerable en el acceso a estas sustancias a través de Internet.

Palabras Clave: Cannabinoides sintéticos; internet; spice.

ABSTRACT

BACKGROUND: El fenómeno emergente del uso de las nuevas drogas psicoactivas, plantea importantes retos a nivel sanitario. Dentro de este grupo están los cannabinoides sintéticos (CS). Estas sustancias aunque tienen estructuras químicas dispares, tienen como característica común la afinidad por los receptores cannabinoides. **AIM:** Describir su composición química, formas de presentación en el mercado, datos de consumo, además de analizar su mecanismo de acción y riesgos para la salud. **METHODS:** Se realizó una búsqueda en las bases bibliográficas incluidas en linceo plus, medline y psycinfo. Los términos utilizados fueron “cannabinoides sintéticos”, “internet” y “spice”. También se consultaron webs oficiales y de perfil científico. Se incluyen estudios de hasta 5 años (2014-2019) revisados por expertos, obteniéndose 35 resultados. Posteriormente, se eliminaron los duplicados y se analizaron unos 20 artículos. **RESULTS:** Los cannabinoides sintéticos agrupan una gran cantidad de sustancias químicas. Los efectos sobre la salud pueden ser similares a los del cannabis, pero debido a la variabilidad de sus componentes no están ampliamente estudiados. Como señuelo publicitario se contextualizan en la aromaterapia, ambientadores para yoga, etc. Para realizar ventas de forma anónima solo se necesita acceder a la Deep web con TOR y realizar el pago en BITCOINS. **CONCLUSIONS:**

La rápida evolución en la síntesis de estas sustancias, con cambios en sus componentes y metabolismo, pueden suponer un importante factor de riesgo para la salud. Los profesionales de enfermería podrían realizar estudios de tipo cualitativo para conocer nuevos perfiles de consumo, y diseñar estrategias de prevención dirigidas a población adolescente, más vulnerable en el acceso a estas sustancias a través de Internet.

Keywords: Cannabinoides sintéticos; internet; spice.

INTRODUCCION

Los denominados cannabinoides sintéticos (CS), engloban aquellas sustancias que aunque tienen estructuras químicas dispares, tienen como característica común la afinidad por los receptores cannabinoides. El desarrollo de los CS comenzó en los años 60 y 70, cuando grandes compañías farmacéuticas buscaban moléculas capaces de emular los efectos terapéuticos potenciales del 9-tetra-hidro-cannabinol (THC), evitando los efectos psíquicos indeseables y buscando su eficacia en el manejo del dolor.

Existen un gran número de moléculas cannabinoides sintéticas, algunas de ellas autorizadas como la nabilona aprobada en algunos países, entre ellos España, para el tratamiento de náuseas y vómitos relacionados con tratamientos de quimioterapia o para el tratamiento de la anorexia asociada a la pérdida de peso en el SIDA.

Sin embargo, otro gran número de cannabinoides sintéticos pertenecen al grupo de las denominadas “drogas emergentes” ya que no están regulados ni aprobados para su consumo. Estas sustancias también denominadas nuevas sustancias psicoactivas (NSP) son aquellas sustancias sintéticas que intentan imitar los efectos de las drogas clásicas y que además buscan eludir los controles legales presentándose bajo la apariencia de sustancias como abono para plantas, incienso, aromaterapia entre otras. (Dolengevich et al., 2014)

El término “emergente” hace referencia a que son compuestos químicos de nueva síntesis, de aparición reciente en el mercado y además son accesibles a través de contextos de consumo novedosos.

A nivel normativo estas sustancias no están reguladas bajo la Convención de Narcóticos de 1961 ni por la Convención de Sustancias Psicoactivas de 1971. La Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delitos (UNODC), publicó en su informe *The Challenge of New Psychoactive Substances* la clasificación de estas sustancias en seis categorías: las cationas sintéticas, fenetilaminas, piperazinas, ketamina, triptaminas y los ya mencionados cannabinoides sintéticos. (UNODC, 2013)

En este trabajo revisamos en función de la bibliografía consultada los datos de consumo de los CS, las formas de presentación y nombres de estos compuestos en Internet, y desde el punto de vista clínico su composición química y los efectos sobre la salud.

MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica, consultando en linceo plus medline y psycinfo. La búsqueda se realizó usando términos indexados en Mesh y sus combinaciones. Palabras clave ““cannabinoides sintéticos”; “internet” y “spice”. Como criterios de inclusión estudios de hasta 5 años y revisados por expertos, obteniéndose 35 resultados. Se eliminaron los duplicados y se analizaron 20 artículos cuyo tema específico fueron los CS.

También se consultaron informes de organismos oficiales, como el Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), la Oficina de las Naciones Unidad sobre Drogas y Delitos (UNODC) y el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones.(OEDA)

RESULTADOS

1. Clasificación en función de su composición química.

A nivel químico, estas sustancias tienen preferencia por los denominados receptores cannabinoides. En el organismo humano se han descrito dos subtipos de receptores. El subtipo (CB-1) localizado en el sistema nervioso central, principalmente en el cerebelo, ganglios basales, hipocampo, corteza, tálamo e hipotálamo; localizaciones relacionadas con la actividad motora, memoria, funciones cognitivas y aferencias sensoriales, y es el que está asociado a los efectos psicoactivos de estas sustancias. (Melich, Farré, Guarín, Heredia & Albaladejo, 2016).

El subtipo (CB-2) está localizado sobre todo periféricamente, implicado en funciones inmunes, expresándose de forma predominante en las células del sistema hematopoyético. Se relaciona con el manejo del dolor y por ello su uso en determinadas patologías crónicas.

En la Tabla 1 se presentan los principales grupos en función de su su composición química.

Tabla 1- Clasificación química de los cannabinoides con actividad sobre receptores cannabinoides.

Grupo	Compuestos del grupo
Cannabinoides clásicos	Tetrahidrocannabinol, otros componentes químicos del cannabis, análogos sintéticos relacionados (AM-411, O-1184, AM906, HU-210)
Cannabinoides no clásicos	Ciclohexilfenoles o 3-arilciclohexanoles (CP-55.244, CP55.940, CP-47.497)
Cannabinoides híbridos	Combinaciones de las características estructurales de los cannabinoides clásicos y no clásicos, AM-4030
Aminoalquilindoles	Naftoilindoles Fenilacetilindoles Benzoilindoles Ciclopropoilindoles Adamantoilindoles Carboxamidas de indoles

Eicosanoides	Endocannabinoides como la anandamida y análogos sintéticos (AM-356)
Otros	diarilpirazoles (Rimonabant), y carboxamidas de indazoles (APINACA).

Fuente: Melich, M. T., Farré, A., Guarín, L. G., de Heredia Flores, J. L. P., & Albaladejo, M. F. (2016).

2. Datos de consumo

Hay múltiples factores que favorecen una rápida expansión de estas sustancias. Por un lado su bajo precio (un gramo de spice cuesta entre 8-12 €), y la relativa facilidad de su compra a través de Internet.

En Europa las nuevas sustancias psicoactiva (NSP) se han detectado por primera vez a finales del 2008. En 2015 se detectaron unas 98 NSP en 2015, siendo 24 de ellas CS. En el último trimestre del 2018, el EMCDDA notificaba unas 730 nuevas sustancias psicoactivas, 55 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa ese mismo año. (EMCDDA, 2019) Como se muestra en la Figura 1, dentro de estas sustancias psicoactivas los opiodes y los cannabinoides sintéticos son los más consumidos.

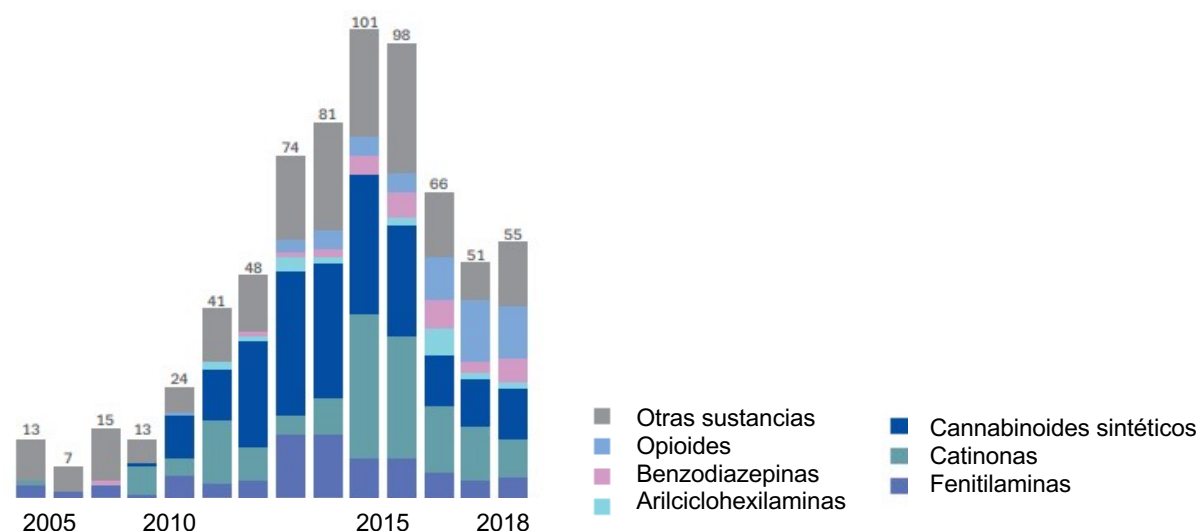


Figura 1- Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de alerta temprana de la UE, 2005-2018 Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019)

En España, la vigilancia de estas sustancias la realiza el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), integrado en el Sistema europeo de alerta temprana del Observatorio Europeo sobre Drogas y Adicciones (EMCDDA).

Según los datos de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2018) dentro de las NSP el “spice” es el cannabinoide sintético con mayor prevalencia de consumo en la población adolescente española (14 a 18 años). Como podemos ver en la Tabla 2 su venta a través de Internet ha aumentado desde 2016 (5,3%) a más del doble (12%) en 2018

Tabla 2- Formas de obtención de nuevas sustancias psicoactivas entre estudiantes de Secundarias de 14 a 18 años que han consumido en los últimos 12 meses (%). España, 2014-2018.

	2016	2018
Me la ofrecio un amigo	53,7	54,8
A traves de un vendedor(camello)	34,5	46,7
Me la ofrecieron en una fiesta,en un bar ,en un pub	27,3	29,4
A traves de internet	5,3	12,1
Las compre en una tienda especializada (Smart shop)	6,4	9,1
Otros sitios	5,8	5,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2018)

En España recientemente en 2019, se notificaron por primera vez 12 nuevas sustancias. Hay que destacar que en el periodo del estado de alarma COVID-19, no ha habido notificaciones de nuevas sustancias, seguramente debido a las medidas impuestas. (OEDA,2020)

3. Cannabinoides sintéticos e Internet

Estos productos se comercializan en tiendas especializadas o smart shops principalmente a través de Internet. Para ello, se utilizan motores de búsqueda de uso menos frecuente, como TOR para acceder de forma anónima a la denominada Deep Web o web profunda, y realizar el pago en bitcoins. Estos puntos de venta se conocen con el acrónimo DWMs (Deep web marketplaces) (Caudevilla, 2016). Como señuelo publicitario, principalmente “el spice”, se presenta como una sustancia de origen vegetal con efectos similares a la cannabis y sus usos se contextualizan en la aromaterapia, ambientadores para yoga y sesiones de meditación entre otros. Como marketing emplean diseños llamativos, con imágenes incluso de series populares (Scooby Doo) para atraer a los posibles consumidores.

Se pueden encontrar con una multitud de nombres como: Spice (Silver, Gold, Diamond), K2, Yucatan Fire, Solar Flare, Scope, Space Truckin Moon Rocks, Blue Lotus, Galaxy Gold, Space Truckin. En mercado hispanohablante: Oro Fantastico, Marihuana Sintetica, Placaje, Sonrisa absoluta y Mazazo entre otros.

4. Efectos de consumo y tratamiento

La forma de consumo más frecuente de los cannabinoides sintéticos es fumando, utilizando pipas, cigarrillos electrónicos o cachimabas o incluso como incienso. También puede encontrarse como cannabinoide líquido. (Drug Enforcement Administration [DEA], 2017) Según la bibliografía analizada los efectos de su consumo varían en función de varios

factores. En primer lugar, la mayoría de cannabinoides sintéticos son agonistas totales de los receptores cannabinoides (CB-1) y (CB-2) por lo que sus efectos sobre el organismo se pueden potenciar, si los comparamos con los del THC, cuya molécula es agonista parcial de los mismos receptores. (Melich et al., 2016). En segundo lugar existe una gran variabilidad de sus componentes y por último también hay que valorar la dosis consumida. En general la duración del efecto suele mantenerse entre 4 a 6 horas. En caso de intoxicación por estas sustancias no existe un tratamiento específico o antídoto y el tratamiento será sintomático (Kemp, Clark, & Dobbs, 2016). En la tabla 3 se exponen los efectos deseados y los efectos adversos según la bibliografía consultada poco frecuentes, en función de las dosis, tipo de producto y vía de consumo (Tait, Caldicott, Mountain, Hill, & Lenton, 2016). Uno de estos efectos adversos recientemente publicado es la aparición de hiperglucemia, siendo un riesgo añadido a potenciales consumidores diabéticos (González, Cuadros, & Gutiérrez, 2020).

Tabla 3- Principales efectos deseados y efectos adversos

Efectos buscados	Efectos adversos
Euforia ,relajación, desinhibición, alteración de la percepción y de la consciencia	Neuropsicológicos
	Psicosis, agitación, confusión ,alucinaciones, ataque de pánico ,suicidio, paranoia, alteraciones de la memoria, tolerancia y dependencia, sedación
	Cardiovasculares
	Hipertensión, Taquicardia, Infarto de miocardio ,Arritmia,
	Neurológicos
	Convulsiones generalizadas ,Nistagmo, Ataxia y cefalea
	Neuromusculares
	Hipertonicidad, hiperflexión, hiperextensión y fasciculaciones
	Gastrointestinales
	Nauseas, vómitos, anorexia, incremento del apetito
	Endocrinos
Hiperglucemia	

Fuente:Elaboracion propia

CONCLUSIONES

Estas sustancias suponen un importante riesgo para la salud por dos razones. En primer lugar, la facilidad de obtención de estas sustancias a través de Internet, con mecanismos de adquisición que facilitan el anonimato, un precio asequible y un marketing engañoso, además de la dificultad de un marco legal actualizado, favorecen la rápida expansión de estas drogas. Y en segundo lugar ,aunque los efectos psíquicos de los cannabinoides sintéticos con frecuencia son similares a los experimentados con el THC, pero se conoce muy poco del metabolismo y la toxicología de estos productos, por lo que habría que investigar sus efectos

clínicos .Sería importante realizar estudios de tipo cualitativo para conocer nuevos patrones o perfiles de consumo, y así diseñar estrategias de prevención y actuación en este campo.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los profesionales de enfermería especialistas en salud mental tienen un campo de trabajo importante con aquellos pacientes que presentan patología dual, o que están en riesgo de consumir estas sustancias. Se podrían diseñar estrategias de prevención actuando en dos campos fundamentalmente: En primer lugar, a nivel docente creando herramientas educativas que permitan a los profesionales un conocimiento más profundo de patrones de consumo, jerga utilizada para referirse a estas sustancias, signos y síntomas de intoxicación. En segundo lugar, a nivel preventivo, sobre población de riesgo como la población adolescente, en la que el proceso de desarrollo emocional y el uso de Internet favorecen que sean más vulnerables para el acceso a estas sustancias.

REFERENCES

- Elena-González, A., Cuadros-Tito, P., & Esteban-Gutiérrez, G. (2020). Intoxicación por Spice e hiperglucemia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 43, No. 1, pp. 87-91).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta ESTUDES, 2018-19, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2020.
- Dolengevich-Segal, H., Gómez-Arnau, J., Rodríguez-Salgado, B., Rabito-Alcón, M. F., & Correas-Lauffer, J. (2014). Panorama actual en el uso de drogas emergentes. *Salud y drogas*, 14(1), 47-58.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Elena-González, A., Cuadros-Tito, P., y Esteban-Gutiérrez, G. (2020, enero). Intoxicación por especias e hiperglucemia. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (págs. 73969-73969).
- Kemp, A. M., Clark, M. S., & Dobbs, T. (2016). Drogas de diseño: Cannabinoides sintéticos. *Am J Med*, 129(3).
- Melich, M. T., Farré, A., Guarín, L. G., de Heredia Flores, J. L. P., & Albaladejo, M. F. (2016). Cannabinoides sintéticos. *Informaciones psiquiátricas: Publicación de los Centros de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (226), 51-62.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades.
- Drug Enforcement Administration. (2017). Drugs of abuse: A DEA resource guide. *Drug Enforcement Administration, US Department of Justice*.

Tait, RJ, Caldicott, D., Mountain, D., Hill, SL y Lenton, S. (2016). Una revisión sistemática de los eventos adversos derivados del uso de cannabinoides sintéticos y su tratamiento asociado. *Toxicología clínica* , 54 (1), 1-13.

Bem-estar e saúde mental dos estudantes de enfermagem em tempo de pandemia- COVID-19

*Andreia Cristina, **Marina Vaquinhas, ***Cidalina Abreu, ****Teresa Silva, *****Marília Campos

*Andreia Cristina – Mestre, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira Saúde Escolar, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, s/n, 3004-011 Coimbra, Portugal. ascristina@esenfc.pt

**Marina Vaquinhas - Mestre, Professora Adjunta na Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública Familiar e Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, s/n, 3004-011 Coimbra, Portugal. montezuma@esenfc.pt

***Cidalina Abreu - Doutorada, Professora Adjunta na Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Fundamental, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, s/n, 3004-011 Coimbra, Portugal. cila@esenfc.pt

****Teresa Silva - Mestre, Professora Adjunta na Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, s/n, 3004-011 Coimbra, Portugal. tmcs@esenfc.pt

*****Marília Castro – Mestre, Psicóloga da Saúde Escolar, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, s/n, 3004-011 Coimbra, Portugal. mariliacastro@esenfc.pt

RESUMO

Contexto: Com a atual pandemia de COVID-19 as comunidades académicas preocupam-se com saúde mental dos estudantes. **Objetivo:** Identificar o impacto que o confinamento social exerceu na saúde mental dos estudantes. **Métodos:** Estudo exploratório e descritivo com uma amostra de 81 estudantes. Aplicou-se o Índice de Bem-estar da OMS (WHO-5), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e questões sobre estratégias de lazer utilizadas nas últimas duas semanas pelos estudantes. A realização do estudo foi autorizada pela Direção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e os procedimentos éticos foram cumpridos. **Resultados:** A media da WHO-5 é 12.63, o que sugere níveis baixos de bem-estar. A escala EADS-21 é composta por três dimensões (ansiedade, depressão e stresse). A média é de 12.12 nas raparigas e 8.6 nos rapazes. Os estudantes não apresentaram dados significativos para a ansiedade. Relativamente à depressão 56.79% referiram que algumas vezes se sentiram com menos ânimo. Quanto ao stresse, 60.49% refeririam que algumas vezes reagiram em demasia em determinadas situações, 56.79% referem que em algumas vezes sentiram que estavam sensíveis e 54.32% sentiram algumas vezes dificuldades em se acalmar. As estratégias mais utilizadas pelos estudantes foram as

associadas à música (81.5%), visionamento de filmes e séries (75.3%) e atividades outdoor (58%). **Conclusões:** Perante este cenário, a ESEnfC preocupada com o bem-estar dos estudantes, deverá implementar medidas focadas na promoção de um ambiente favorável ao ensino, e sinalização precoce à equipa de saúde escolar de situações de mal-estar que possam comprometer o sucesso académico.

Palavras- Chave: Saúde mental, estudantes de enfermagem, pandemia Covid-19

ABSTRACT

Background: With the current COVID-19 pandemic, academic communities are concerned about students' mental health. **Aim:** Identify the impact that social confinement had on student's mental health. **Method:** Exploratory and descriptive study with a sample of 81 students. The WHO Welfare Index, the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21) and questions about leisure strategies used in the last two weeks by students were applied. The study was authorized by the Board of the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra and ethical procedures were followed. **Results:** The average of the WHO well-being index is 12.49%, which suggests low levels of well-being. The EADS-21 scale comprises three dimensions (anxiety, depression and stress). The average of the EADS-21 is 12.2 in girls and 8.6 in boys. The students did not present significant data for anxiety. Regarding depression, 56.79% reported that they sometimes felt less well. As for stress, 60.49% would say that they sometimes overreacted in certain situations, 56.79% say that at times they felt they were sensitive and 54.32% sometimes felt difficulties in calming down. The strategies most used by students were associated with music (81.5%), watching films and series (75.3%) and outdoor activities (58%). **Conclusions:** In view of this scenario, ESEnfC, concerned with the well-being of students, should implement measures focused on promoting a favorable environment for teaching, early signaling to the school health team of situations of discomfort that may compromise academic success.

Key words: Mental health, nursing students, Covid-19 pandemic

RESUMEN

Contexto: Con la actual pandemia COVID-19 las comunidades académicas se preocupan con la salud mental de los estudiantes. **Objetivo:** Identificar el impacto del confinamiento social en la salud mental de los estudiantes. **Metodología:** Estudio exploratorio y descriptivo a partir de una muestra de 81 estudiantes. Se empleó el WHO-5, la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (EADS-21) y también se plantearon cuestiones sobre estrategias de ocio utilizadas en las últimas dos semanas por los estudiantes. La realización del estudio fue autorizada por la Dirección de la Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), cumpliendo los procedimientos éticos.

Resultados: La media del índice de Bienestar de la OMS es 12.49, lo que sugiere niveles por debajo del bienestar. La escala EADS-21 incluye tres dimensiones (ansiedad, depresión y estrés). La media del es 12.2 mujer y 8.6 hombre. Los estudiantes no presentaron datos relevantes sobre la ansiedad. Con relación a la depresión, un 56.79% señalaron que algunas veces se sintieron con poco ánimo. Respecto al estrés, un 60.49% refirieron que algunas veces reaccionaron por encima de lo normal en determinadas situaciones; un 56.79% señalaron que algunas veces sintieron que se encontraban más sensibles y un 54.32% sintieron algunas veces dificultades en calmarse. Las estrategias más utilizadas por los estudiantes fueron aquellas asociadas a la música (81.5%), ver películas y series (75.3%) y disfrutar de actividades al aire libre (58%). **Conclusiones:** Ante este contexto, la ESEnC, preocupada con el bienestar de los estudiantes, deberá proceder a la implementación de medidas enfocadas en la promoción de un ambiente favorable a la enseñanza y señalar precozmente las situaciones de malestar que puedan comprometer el éxito académico de los alumnos, direccionándolos hacia el equipo de salud escolar.

Palabras clave: Salud mental, estudiantes de enfermería, pandemia Covid-19

INTRODUÇÃO

Na cidade Wuhan, província de Hubei na China, foi identificado a 31 de dezembro de 2019, um cluster de pneumonia atípica e reportado à Organização Mundial de Saúde (OMS) (DGS, 2020). Conseqüentemente, no início de janeiro 2020, as autoridades chinesas identificaram o novo corona vírus (SARS-CoV-2) como agente etiológico causador da doença. No dia 2 de março de 2020, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 em Portugal e pouco tempo depois, em 11 de março 2020 o Diretor Geral do OMS, *Tedros Adhanom Ghenreyesus*, decretou a epidemia COVID-19 uma pandemia internacional pelo número elevado de infetados mais especificamente 118 mil em 114 países e 4291 mortes (Maia & Dias, 2020; DGS,2020). Perante esta pandemia, assistiu-se ao encerramento de escolas/comércio, proibição de viagens e foi solicitado aos cidadãos que ficassem em confinamento em casa. Os custos económicos e sociais resultantes da aplicação das medidas de confinamento foram muito elevados, por criarem desafios nos diferentes níveis de ensino. Como consequência, desta situação emergiu a interrupção dos processos ensino/aprendizagem, nomeadamente a suspensão dos ensinos clínicos/prática clínica, a mudança da componente presencial para virtual e também o isolamento social obrigatório, limitando as oportunidades de desenvolvimento dos estudantes em contexto educativo.

Com o surgimento dos primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2 em Portugal, no dia 12 de março o governo português decretou um conjunto de medidas excepcionais e temporárias no sentido de conter a disseminação da infeção, sendo uma delas a suspensão das atividades letivas presenciais nas instituições de Ensino Superior (Decreto-Lei n.o 10-A/2020, 2020). A

13 de março de 2020, a comunidade académica em confinamento, continuou a atividade letiva por via digital tendo sido exigido múltiplas adaptações por parte dos estudantes e docentes. Esta doença caracteriza-se por uma infeção respiratória aguda que pode ser assintomática ou com sintomas ligeiros como mal-estar geral, febre, tosse, rinorreia, cefaleias, dor de garganta, dificuldade em respirar, em alguns casos sintomas gastrointestinais, bem como a perda de olfato e de paladar podem estar presentes. Os autores, referem que a taxa de mortalidade em Portugal era de 4.2% e, do total de casos positivos 1.9% estavam internados e destes últimos 14.6% em unidades de cuidados intensivos. Aliado a esta sintomatologia, a pandemia intensificou o aparecimento de diversas alterações psicológicas que se prolongam no tempo sendo consideradas mais debilitantes que as complicações físicas. (Mauro Paulino; Rodrigo Dumas-Diniz, 2020)

No estudo de Wang et al., (2020) citado por Maia & Dias, (2020) classificaram o impacto psicológico como moderado ou severo salientando a ansiedade (28.8%), depressão (16.5%) e stresse (8.1%). Estes autores, referem ainda que existe um aumento significativo de perturbação psicológica, nomeadamente, de ansiedade, de depressão e de stresse nos estudantes universitários no decorrer do período pandémico em comparação com a vivencia normal dos mesmos (Maia & Dias, 2020).

As Instituições do Ensino Superior (IES) têm no seu desígnio a responsabilidade do acompanhamento dos seus estudantes, tendo em consideração que o sucesso destes depende do seu bem-estar físico, social e mental (Silveira et al., 2011) . Os mesmos autores referem que os gabinetes das IES deverão ser de fácil acessibilidade providenciando a deteção precoce de tratamento e encaminhamento se necessário para unidades de referência contribuindo para o apoio eficaz dos estudantes com alterações de saúde mental.

Face a esta realidade, emerge a questão de investigação: qual o impacto que o confinamento social, em tempo de pandemia COVID-19, exerceu na saúde mental dos estudantes da ESEnfC.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo de carácter exploratório e descritivo. Os dados foram obtidos através de um questionário aplicado aos jovens com idades entre os 18 e os 36 anos de idade, do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). As respostas ao questionário foram de carácter voluntário e os estudantes foram informados que o estudo mereceu parecer favorável da Direção da ESEnfC. Foi garantida a confidencialidade das respostas e o anonimato foi sempre assegurado no cumprimento dos procedimentos éticos. Os dados foram recolhidos durante o mês de maio a junho de 2020. O questionário é constituído por 4 partes: caracterização da amostra, Índice de Bem-Estar da OMS (WHO-5), Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e identificação das atividades de lazer praticadas nas últimas duas semanas.

Na primeira parte, foram construídas variáveis categóricas para caracterizar a amostra em estudo: ano de curso; atribuição de bolsa de estudo; dados sociodemográficos - idade, sexo, local de residência; partilha de casa e quarto; acesso a internet; horas ao computador em trabalho e lazer; horas/qualidade de sono e realização/tipo de atividade física. Na segunda parte, avaliou-se o WHO-5 com 5 questões, construindo uma única variável em score. Esta escala é de autopreenchimento e tem como objetivo medir o bem-estar psicológico. É constituída por cinco itens: (1) tenho-me sentido alegre e bem-disposto, (2) tenho-me sentido calmo e relaxado, (3) tenho-me sentido ativo e enérgico (4) tenho-me sentido revigorado e descansado ao acordar (5) o meu quotidiano tem sido preenchido com coisas que me interessam. As respostas são relativas às últimas 2 semanas e são classificadas numa escala do tipo Likert com 6 itens, de 0 (nunca está presente) a 5 (sempre presente), obtendo resultados entre 0 e 25 sendo que os valores mais elevados significam melhor bem-estar. Na população adulta e jovem adulta, se o resultado for inferior ou igual a 13 indica níveis baixos de bem-estar (Pereira Simões et al., 2018).

Na terceira parte, foi aplicada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), constituída por 21 itens que avalia estas três dimensões. Em cada questão os estudantes são convidados a responder remetendo para sintomas emocionais negativos. O estudante responde a questões que remetem à semana anterior. A resposta é baseada numa escala do tipo Likert com 4 pontos de ponderação: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Da soma dos resultados dos sete itens de cada dimensão resulta o total da escala. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A última variável pretendeu avaliar em categorias, as atividades de alívio de stresse que foram utilizadas nas últimas duas semanas.

Procedeu-se à realização de uma análise estatística, recorrendo ao Software IBM® SPSS® Statistical Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 24.0. Os dados foram analisados com recurso a técnicas de análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Obtivemos mais respostas dos estudantes do 4º ano (43,2%). A maioria dos estudantes não tinha bolsas de estudo (50.6%). A média de idades dos estudantes foi de 21.95 anos, variando entre os 18 e 36 anos. A amostra caracteriza-se por 92,6% do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. Relativamente à residência 69% são da zona centro. Verificamos que 84% dos estudantes partilha a casa com a família e que 85.2% referem ter quarto individual. Todos os estudantes da amostra referem ter acesso à internet. Destaca-se que 35.8 % dos

estudantes passa 9 ou mais horas ao computador, seguindo-se de 34.6% que passa entre 4 a 6 horas no mesmo. É de salientar que 55.6% dos estudantes passam 4 a 6 horas em atividades escolares *on line*. Quanto ao sono 54.3% dos estudantes referem dormir entre 7 a 9 horas por dia e 43.2% dos estudantes referem que a qualidade do sono é boa. No que respeita ao exercício físico 25.9% dos estudantes refere que faz exercício diariamente ou duas vezes por semana em que as caminhadas são realizadas por 61.7% dos estudantes, seguindo-se 30.9% de corrida ou musculação.

Procedemos em seguida à análise dos resultados mais relevantes do Índice de Bem-Estar da OMS (WHO-5), da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse- EADS 21 e das estratégias utilizada pelos estudantes para gerir o stresse.

Relativamente ao Índice de Bem-Estar da OMS (WHO-5), pela análise da Tabela 1, verificamos que 36.3% dos estudantes referiram que nas últimas duas semanas, se sentiram alegres e bem-dispostos mais de metade do tempo. Constatamos que 28.8% dos estudantes nas ultimas duas semanas, sentiram-se calmos e tranquilos menos de metade do tempo. Quanto ao terem-se sentido mais ativos e enérgicos verificamos que 35% dos estudantes, sentiram-se ativos e enérgicos em menos de metade do tempo. Relativamente ao sentir-se fresco e repousado, 27.5% dos estudantes referiram que se sentiram dessa forma menos de metade do tempo. 40% dos estudantes referiram que, em mais de metade do tempo, o dia a dia foi preenchido com atividades que lhes interessaram.

Por fim, verificamos que a média do WHO-5 foi de 12.63, revelando-se inferior a 13, o que apresenta níveis baixos de bem-estar.

Tabela 1- Índice de Bem-Estar dos estudantes

Durante as últimas duas semanas	Nunca		Algumas vezes		Menos de metade do tempo		Mais de metade do tempo		A maior parte do tempo		Todo o tempo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Senti-me alegre e bem disposto/a	1	1,3	9	11,3	14	17,5	29	36,3	25	31,3	2	2,5
Senti-me calmo e tranquilo	3	3,8	15	18,8	23	28,8	21	26,3	18	22,5	0	0,0
Senti-me ativo e enérgico	2	2,5	16	20,0	28	35,0	14	17,5	20	25,0	0	0,0
Acordei a sentir-me fresco e repousado	8	10,0	16	20,0	22	27,5	16	20,0	15	18,8	3	3,8
O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	4	5,0	14	17,5	15	18,8	32	40,0	12	15,0	3	3,8

Na dimensão da Ansiedade, a análise da Tabela 2 revela que 68.8% dos estudantes não sentiram a boca seca, 81.3% não sentiram dificuldades em respirar e 86.3% não sentiram

tremores. Em 72.5% dos estudantes não houve preocupação com situações em que poderiam entrar em pânico e fazer figuras ridículas. Relativamente a sentirem-se quase a entrar em pânico, não se manifestou em 67.5% dos estudantes. Em 60% dos participantes não sentiram alterações no coração sem ter sido realizado exercício físico. Quanto ao sentirem-se assustados sem ter uma boa razão, não se verificou em 70% dos estudantes. Na dimensão da Depressão na leitura da Tabela 2, verifica-se que 56.3% dos estudantes conseguiram sentir sentimentos positivos. 38.8% dos participantes manifestaram algumas vezes ter dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas. 58.8% dos inquiridos sentiram esperar algo do futuro e 57,5% sentiram-se algumas vezes desanimados e melancólicos. O entusiasmo foi manifestado por 48.8% dos estudantes; 77.5% sentiram que tinham valor como pessoa e 85% dos estudantes expressaram que a vida tinha sentido. Na dimensão do Stresse constata-se na leitura da Tabela 2 que 55% dos estudantes referiram ter algumas vezes dificuldades em se acalmar. 61.3% dos participantes manifestaram ter algumas vezes tendência em reagir em demasia em determinadas situações assim como 47.5% referiram que sentiram algumas vezes que estavam a usar muita energia nervosa. Igualmente, 47.5% dos intervenientes referiram ficar mais agitados algumas vezes e 40% dos estudantes manifestaram também, algumas vezes, dificuldade em relaxar. 48.8% dos estudantes demonstraram intolerância em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar o que estavam a fazer e 57.6% dos inquiridos sentiram que algumas vezes estavam sensíveis.

Relativamente à questão “*Que atividades de alívio de stresse utilizaste durante as últimas duas semanas?*” Verificámos que 81.5% dos estudantes preferiram a música, 75.3% filmes e séries, 58% atividades outdoor, 51.9% redes sociais, 50.6% caminhadas na natureza, 49.4% cuidados alimentares, 46.9% atividade física *indoor*, 42% contacto com animais, 30.9% leitura, 23.5% passear o animal de estimação, 12.3% atividades de jardinagem e 11.1% referem outros como escrita criativa, cozinhar, tocar um instrumento musical, pintar, agricultura, estar com a família, videojogos, jogar e falar com amigos pela internet, conversar com amigos e namorado.

Tabela 2 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse - EADS 21

EADS 21	Não se aplicou nada a mim		Aplicou-se a mim algumas vezes		Aplicou-se a mim muitas das vezes		Aplicou-se a mim a maior parte das vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Senti a minha boca seca	55	68.8	20	25	5	6.3	0	0
Senti dificuldades em respirar	65	81.3	15	18.8	0	0	0	0
Senti tremores	69	86.3	11	13.8	0	0	0	0
Preocupe-me com situações em que podia	58	72.5	15	18.8	7	8.8	0	0

Ansiedade	entrar em pânico e fazer figura ridícula								
	Senti-me quase a entrar em pânico	54	67.5	20	2	6	7.5	0	0
	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	48	60	25	31.3	5	6.3	2	2.5
	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	56	70	19	23.	5	6.3	0	0
Depressão	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	45	56.3	29	36.3	6	7.5	0	0
	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	29	36.3	31	38.8	17	21.3	3	3.8
	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	47	58.8	28	35	4	5	1	1.3
	Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	15	18.8	47	57.5	16	20	3	3.8
	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	39	48.8	31	38.8	9	11.3	1	1.3
	Senti que não tinha muito valor como pessoa	72	77.5	15	18.8	2	2.5	1	1.3
	Senti que a vida não tinha sentido	68	85	8	10	3	3.8	1	1.3
Stresse	Tive dificuldades em me acalmar	30	37.5	44	55	4	5	2	2.5
	Tive tendência para reagir em demasia em determinadas situações	18	22.5	49	61.3	12	15	1	1.3
	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	22	27.5	38	47.5	19	23.8	1	1.3
	Dei por mim a ficar agitado(a)	32	40	38	47.5	10	12.5	0	0
	Senti dificuldade em me relaxar	19	23.8	32	40	22	27.5	7	8.8
	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	30	37.5	39	48.8	7	8.8	4	5
	Senti que por vezes estava sensível	8	10	46	57.6	22	27.5	4	5

DISCUSSÃO

O estudo do impacto da pandemia no bem-estar dos jovens do ensino superior é crucial, uma vez que, é um período determinante para o aparecimento de problemas relacionados com a saúde mental que podem persistir na vida adulta com prejuízo na qualidade de vida (OMS, 2002) . Este trabalho teve como objetivo identificar o impacto que o confinamento social em tempo de pandemia COVID-19 exerceu na saúde mental dos estudantes da ESEnfC.

Constatou-se que a maioria das respostas obtidas no questionário foram do sexo feminino (92.6%), o que é corroborado com outros estudos na área. A média de idades dos estudantes foi de 21.95 anos, o que é compatível com o perfil de idade média do estudante do ensino superior em Portugal (J. Guerreiro; J. Queiroz; P. Teixeira, 2019). Relativamente à residência 69% são da região centro do país, mas apenas 19% dos estudantes vive a menos de 60 km da zona de Coimbra. Este dado é particularmente importante visto que os estudos realizados

revelam um impacto significativo entre estar deslocado e problemas relacionados com a saúde mental (Nogueira, 2017). Constatou-se que 40.7% dos estudantes vivem em residência própria ou familiar e que 84% dos estudantes partilha a casa com a família. Foi demonstrada uma associação positiva entre manter-se na residência familiar e o bem-estar físico e psicológico. Um estudo realizado por Tavares et al (2011) verificaram que existe relação entre estar em casa da família e estabilidade emocional e afetiva, o otimismo, a confiança e melhores hábitos de estudo. Ser estudante deslocado da família parece ser um fator negativo para o bem-estar. Um dado positivo particularmente surpreendente neste estudo, é que a maioria dos estudantes dorme entre 7 a 9 horas por dia, com boa qualidade de sono, o que não é compatível com a maioria dos estudos realizados sobre a qualidade do sono nos estudantes do ensino superior (Allen Gomes et al., 2009). Uma pequena parte dos estudantes faz exercício de forma diária ou 2 vezes por semana. Diversos autores demonstraram que os jovens com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos não praticam exercício físico de forma regular (WHO, 2011).

A média da WHO-5 foi de 12.63, demonstrando que os estudantes apresentaram níveis baixos de bem estar, uma vez que, uma pontuação inferior ou igual a 13 é indicativo de níveis baixos de bem-estar para a população adulta (OMS, 1998). Estes dados são corroborados por outros estudos, nomeadamente num estudo realizado em 2017, com 70 estudantes de cursos de saúde que revelaram um índice mediano de bem-estar (Isabely et al., 2017).

No que concerne à EADS-21 os estudantes não apresentaram níveis preocupantes de depressão, ansiedade e stresse, visto que as notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-ribeiro et al., 2004). Embora a EADS-21 não ofereça pontos de corte duros, foi importante a compreensão dos resultados por subescala, uma vez que, apontam para um panorama menos favorável em relação à depressão e ao stresse. Num estudo realizado em 2012 com 200 estudantes universitários encontraram-se percentagens consideráveis de alunos com nível elevado de stresse (Nogueira, 2017), o que é compatível com dados de estudos internacionais (Son et al., 2020). Um estudo sobre o impacto da pandemia em 400 estudantes do ensino superior comparando com período sem pandemia, demonstrou um aumento considerável de perturbação psicológica (ansiedade, depressão e stresse) quando comparado o período pandémico com o não pandémico (Maia & Dias, 2020). Um grupo de investigadores do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Politécnico do Porto, realizaram um estudo onde foi verificado que durante o período de isolamento, os estudantes revelaram sentir maior stresse e ansiedade, com sentimentos de desânimo e maior agitação (Ferreira et al., 2020).

CONCLUSÃO

Relativamente ao confinamento social dos estudantes concluímos que quanto à dimensão ansiedade não se verificaram resultados significativos nos estudantes que estiveram confinados durante o estado de calamidade. Contudo, na dimensão depressão, salienta-se como preocupante, os estudantes que se sentiram desanimados e melancólicos bem como o facto de terem dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Relativamente à dimensão stresse, destaca-se o facto de os estudantes terem a tendência em reagir em demasia em determinadas situações, de se sentirem sensíveis, de utilizarem muita energia nervosa e de ficarem agitados. Respeitante às estratégias de promoção de saúde mental mais utilizadas, foram a música, filmes, séries e atividades *outdoor*. Face a este impacto do confinamento social, a comunidade escolar, mais especificamente os docentes, deverão estar sensibilizados e atentos para as problemáticas do foro mental dos estudantes, para a referenciação e acompanhamento atempado pelas entidades competentes, nomeadamente os serviços de saúde escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen Gomes, A., Tavares, J., & Pinto De Azevedo, M. H. (2009). Sleep-wake patterns in Portuguese undergraduates | Padrões de sono em estudantes universitários Portugueses. *Acta Medica Portuguesa*, 22(5).
- Decreto-Lei n.º 10-A/2020, No. 52 Diário da República, 1.ª série 22 (2020). <https://dre.pt/application/conteudo/130243053>
- Direção Geral Saúde (2020). *Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público* (nº 014/2020 de 21/03/2020). Lisboa, Portugal.
- Ferreira, A. M. dos S., Príncipe, F., Pereira, H., Oliveira, I., & Mota, L. (2020). COVimpact: pandemia COVID-19 nos estudantes do ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1), 7–16. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.80>
- Isabely, I. R., Renata, R. S., & Graziela, G. T. (2017). Estilo de vida e bem-estar de estudantes da área da saúde. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 18(34). <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30387>
- J. Guerreiro; J. Queiroz; P. Teixeira. (2019). Relatório Sobre O Acesso Ao Ensino Superior. *Portugal.Gov.Pt*, 60. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=ea951fc5-f2a8-4d7a-b073-dce29730d842>
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Anxiety, depression and stress in university students: The impact of COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Paulino, M.; Dumas-Diniz, R. (2020). *A Psicologia da Pandemia. Compreender e Enfrentar a COVID-19*. Lisboa:PACTOR.
- Nogueira, M. J. C. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores*

e fatores de vulnerabilidade. 268.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28877/1/ulsd730773_td_Maria_Nogueira.pdf

Organização Mundial Saúde (1998). *Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998*. 1–2.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. In *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança* (1ª edição). https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade, Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>

Simões, R., Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M., Loureiro, C., Marques, L. A., Quaresma, H., & Matos, E. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: Contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 41–49. <https://doi.org/10.1159/000486468>

Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior experiência da consulta de psiquiatria do centro hospitalar São João. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.2), 247–256.

Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), 1–14. <https://doi.org/10.2196/21279>

Tavares, A. , Mendes, J., & Basto, E. (2011). Percepção dos riscos naturais e tecnológicos, confiança institucional e preparação para situações de emergência: O caso de Portugal continental Perception of Natural and Technological Risks, Institutional Confidence and Preparedness for Emergency Situation. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, 167–193. <https://doi.org/10.4000/rccs.1380>

World Health Organization. (2011). Promoting sport and enhancing health in European Union countries: *WHO Regional Office for Europe*, 64. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108595>

A Consulta de Cessação Tabágica numa unidade saúde familiar: boas práticas na área das dependências

Karina Oliveira*, Ion Cojocar**, & Ana Martins******

*Mestre em A o humanitária, coopera es e desenvolvimento, Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, exerce fun es como enfermeira especialista na Unidade de Saúde Familiar Beira Ria; Rua Padre Rubens S/N 3830-596 Gafanha da Nazaré; Portugal. E-mail: KFoliveira@arscentro.min-saude.pt.

**Assistente graduado de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Beira Ria; Rua Padre Rubens S/N 3830-596 Gafanha da Nazaré; Portugal. E-mail: ICCojocar@arscentro.min-saude.pt.

*** Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar; exerce fun es como enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Beira Ria; Rua Padre Rubens S/N 3830-596 Gafanha da Nazaré; Portugal. E-mail: ACMartins2@arscentro.min-saude.pt.

RESUMO

CONTEXTO: Parar de fumar tem benefícios imediatos e a longo prazo. Os ganhos em saúde, são tanto maiores quanto mais precoce for o abandono definitivo do seu consumo. O tabagismo   considerado um problema de saúde prioritário e a cria o do Programa Nacional de Preven o e Controlo do Tabagismo teve como foco a implementa o de Consultas de Cessa o Tabágica (CCT). A CCT, integrada na carteira adicional de serviços da Unidade Saúde Familiar (USF) Beira Ria, iniciou a sua atividade em abril 2015 pela iniciativa de profissionais da unidade. Dispõe de uma equipa multidisciplinar, baseando a sua interven o no modelo de mudança comportamental, delineando um programa estruturado de consultas de apoio intensivo, flexível para integrar utentes em início de processo de cessa o ou em situa o de recaída. **OBJETIVO(S):** Deste modo pretende-se divulgar os resultados da consulta de cessa o tabágica instituída na USF. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal a todos os utentes frequentadores da consulta desde o início. **RESULTADOS:** Os resultados mostram uma taxa de 23,26% de abstinência ao longo do período de análise e, uma rela o direta entre o nível de dependência em nicotina (avaliado pelo teste de *fagerstron*) e a taxa de abstinência, nomeadamente, quanto menor o nível de dependência maior a taxa de abstinência. **CONCLUSÕES:** Trata-se de uma consulta de proximidade com impacto direto visível nos utentes e impacto indireto pela influencia dos familiares, amigos e ambientes, onde o enfermeiro tem um papel primordial em sensibilizar, incentivar e capacitar para a cessa o.

Palavras-Chave: Tabagismo; Dependência; Cessa o tabágica.

ABSTRACT

BACKGROUND: Quitting smoking has immediate and long term benefits. The health gains are greater the sooner the definitive cessation of their consumption. Smoking is considered a priority health problem and the creation of the National Smoking Prevention and Control Program focused on the implementation of Smoking Cessation Consultations (CCT). CCT, part of the Beira Ria Family Health Unit (USF) additional portfolio of services, began its activity in April 2015 through the initiative of professionals from the unit. It has a multidisciplinary team, basing its intervention on the model of behavioral change, outlining a structured program of intensive support consultations, flexible to integrate users at the beginning of the process of cessation or relapse. **AIM:** The objective is to make known the smoking cessation consultation instituted at USF. **METHODS:** This is a retrospective and cross-sectional study to all clients who attended the consultation from the beginning. **RESULTS:** The results show a 23,26% abstinence rate over the analysis period and a direct relationship between the nicotine dependence level (assessed by the fagerstron test) and the abstinence rate, namely, the lower the level of nicotine dependence, higher dependence the abstinence rate. **CONCLUSIONS:** It is a proximity consultation with visible right impact on patients and indirect impact by the influence of family, friends and environments, where the nurse has a primary role in raising awareness, encouraging and empowering for cessation. In conclusion, the continuation of good practices is suggested.

Keywords: Smoking; Dependency; Smoking cessation.

RESUMEN

CONTEXTO: Dejar de fumar tiene beneficios inmediatos y a largo plazo. Los beneficios para la salud son mayores cuanto antes se abandone definitivamente su consumo. El tabaquismo se considera un problema de salud prioritario y la creación del Programa nacional de prevención y control del tabaquismo se centró en la implementación de las consultas para dejar de fumar (CCT). La CCT de la Unidad de Salud de la Familia (USF) comenzó su actividad en abril de 2015 por la iniciativa de profesionales de la unidad. Cuenta con un equipo multidisciplinario, basando su intervención en el modelo de cambio de comportamiento, esbozando un programa estructurado de consultas de soporte intensivo, flexible para integrar a los usuarios al comienzo del proceso de cese o recaída. **OBJETIVO(S):** El objetivo es dar a conocer la consulta instituida en la unidad. **METODOLOGÍA:** Este es un estudio retrospectivo y transversal de todos los clientes que asistieron a la consulta. **RESULTADOS:** Los resultados muestran una tasa de abstinencia del 23,26% durante el período de análisis y una relación directa entre el nivel de dependencia de nicotina (evaluado por la prueba de fagerstron) y la tasa de abstinencia, es decir, cuanto menor es el nivel de dependencia de nicotina, mayor dependencia de la tasa de abstinencia.

CONCLUSIONES: Es una consulta de proximidad con un impacto visible en los pacientes y un impacto indirecto por la influencia de la familia, amigos y entornos, donde la enfermera tiene un papel principal en la sensibilización, el fomento y el empoderamiento para el cese. En conclusión, se sugiere la continuación de las buenas prácticas.

Palabras Clave: dejar de fumar, adicción.

INTRODUÇÃO

O tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013). Segundo o Eurobarómetro, 2012, na União Europeia a prevalência de fumadores com idade superior a 15 anos é de 29% (fumadores diários e esporádicos). Portugal é um dos países da UE com menor prevalência de tabagismo, situando-se nos 26%. Justificando-se assim a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo e eixos de intervenção, onde esta enquadrada a consulta de cessação tabágica, em contexto de carteira adicional, na referida USF. Parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo. Em ambos os sexos, em todas as idades, em pessoas com ou sem doenças relacionadas com o tabaco. Embora deixar de fumar seja benéfico em qualquer idade, os ganhos em saúde, são tanto maiores quanto mais precoce for o abandono definitivo do consumo de tabaco (DGS, 2013). Tendo por base os resultados de diversos estudos sobre a motivação para cessação tabágica, considera-se que cerca de 70% dos fumadores gostariam de deixar de fumar, se o pudessem fazer com facilidade e que, anualmente, cerca de 30% dos fumadores faz pelo menos uma tentativa para parar de fumar. No entanto, este processo torna-se mais difícil quanto menor é o apoio sentido pela pessoa dependente em nicotina (Lima, 2011; Nunes et al., 2007^a citado por DGS 2013). Segundo as orientações nacionais e internacionais, existem três tipos de intervenção na cessação tabágica: a intervenção mínima, a intervenção breve e a intervenção intensiva. Os primeiros dois tipos de intervenção consistem numa abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo do tabaco e da motivação do fumador para parar de fumar, bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento. Estas intervenções mais curtas podem ser implementadas por todos os profissionais de saúde, tendo como destinatários todos os fumadores, ex-fumadores e não fumadores. A intervenção intensiva ou especializada, individual ou em grupo, requer uma abordagem mais demorada ao longo de várias sessões que podem variar em sessões de 20 a 45 minutos. É realizada por uma equipa multidisciplinar. Idealmente a equipa pode ser constituída por médico e enfermeiro e incluir ainda psicólogo e nutricionista. Este tipo de intervenção tem como alvo os fumadores com dependência elevada, que realizaram várias tentativas anteriores de cessação tabágica malsucedidas e com baixa confiança nas capacidades de cessação. Neste tipo de intervenção, o sucesso de cessação tabágica é superior (DGS, 2013). É desta última

intervenção e a caracterização dos utentes em consulta de cessação tabágica, a que se refere o presente artigo.

A realidade da Consulta de Cessação Tabágica (CCT)

Toda a equipa da USF Beira Ria está consciente da importância de deixar de fumar e está apta para a intervenção de apoio breve, isto é, uma abordagem de curta duração, que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento. Pode ser em forma de aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede em regra os dez minutos (DGS, 2007), em contexto de qualquer tipo de consulta realizada seja de programas de vigilância ou por iniciativa do utente. Quando se verifica que o utente tem critérios ou beneficiaria de um apoio intensivo encaminha o utente para a equipa específica da CCT.

A consulta de CCT tem uma oferta assistencial de 2 horas semanais em horário pós-laboral havendo, pontualmente, atendimento de utentes noutros períodos que não o estabelecido em contratualização, quando se justifique ou seja estritamente necessário ao próprio utente. O programa de cessação tabágica oferecido pela USF Beira Ria é baseado no modelo de mudança comportamental estruturado em consultas de apoio intensivo, de acordo com o guia-orientador da cessação tabágica elaborado pela DGS (2007). No estudo do processo de mudança comportamental, relativamente a cessação tabágica, tem sido adotado o modelo transteórico, proposto por Prochaska e DiClemente (1982) que permitem sistematizar as intervenções tendo em conta o estadió de mudança. Embora, o modelo de mudança, nem sempre ocorra de forma sistemática como o modelo propõe, a classificação de um fumador, num dos estádios, permite perceber a motivação e se este pretende deixar de fumar ou não e adequar a intervenção à fase da mudança. O modelo contempla 5 estádios de mudança: pre-contemplação, contemplação, preparação, Ação e manutenção, aos quais poderá surgir recaída ou abstinência definitiva (DGS, 2007).

A CCT admite utentes referenciados pelos médicos e/ou enfermeiros de família, pelo hospital de referência, e ainda, por vontade expressa de utentes que já se encontrem motivados a integrar o programa. O critério de inclusão é “utente motivado” a cessar a dependência e como critério de não inclusão temporária são: Utentes que apresentem outros comportamentos aditivos (álcool e drogas ilícitas), bem como patologia psiquiátrica não compensada.

A equipa multiprofissional é composta por um secretário clínico, um médico e uma enfermeira com especialidade na área de saúde mental. O papel de cada elemento da equipa é fundamental na prestação do apoio intensivo na CCT.

Não existe um padrão-tipo da periodicidade das consultas. Cada fumador é único, com um determinado perfil, personalidade, situação profissional e familiar e história tabágica singular

e própria. Torna-se então importante compreender o modo como ele próprio vivencia o seu processo de cessação tabágica. O ritmo e número de consultas depende do perfil do utente. Habitualmente, até ser estabelecido o dia "D", isto é, o dia escolhido para deixar de fumar, há consultas semanais ou quinzenais, presenciais ou por telefone. Este contacto próximo, estende-se até o utente estar 1 mês sem fumar. Após esse mês, o espaçamento vai sendo sempre maior (mensal, trimestral, ...), se não se verificar riscos de recaídas. Concluído um ano sem fumar é dada alta ao utente.

Intervenção de Apoio Intensivo

Fumar é um comportamento que deve ser explicado, pela associação de vários fatores, nomeadamente: fatores físicos de dependência em nicotina, fatores psicológicos de condicionamento do comportamento (automatismos), fatores cognitivos (relacionados com mitos e crenças no tabaco) e fatores sociais como disponibilidade, facilidade de acesso, marketing, influencia de grupo, (DGS, 2007). A motivação para a mudança é um aspeto fundamental que deve ser tido em conta em qualquer processo de mudança comportamental. Muitas vezes, a motivação pode estar apenas centrada na fase de pré-contemplação/contemplação e não passa de um "desejo". É necessário ajudar a pessoa a entrar na fase de preparação e passar do desejo à mudança de se sentir capaz à mudança e canalizar a ação desejada. (Prochaska e DiClemente, 1982). A motivação em si, é variável no tempo e é influenciada por aspetos internos e externos como seja: a perceção de riscos associados, as expectativas, os ganhos ou riscos associados a mudança, o estágio de vida em que se encontra, afeto (filhos, companheiro/a), dinheiro ou saúde. Para ajudar uma pessoa dependente em nicotina é necessário compreendê-la e adequar a intervenção aos fatores que mais influenciam a motivação da própria pessoa. Se por um lado a dependência física em nicotina é de "fácil resolução", outros fatores, vulgarmente designado por "dependência comportamental" associados a (des)motivação são a grande barreira para o sucesso na abstinência. Motivar a progredir, relembrar as motivações, ajudar a resolver possíveis ambivalências, apoiar na progressão da decisão de "deixar de fumar", felicitar os pequenos sucessos e prever possíveis recaídas são intervenções de apoio intensivo que produzem grande impacto na motivação e no sucesso em "deixar de fumar". Como profissionais de saúde precisamos de perceber qual o fator que desencadeia o processo de mudança e dar maior importância ao "o que vou ganhar se deixar de fumar já" em vez "tem que deixar de fumar, porque...". Descrevendo procedimentos concretos, entre a primeira consulta da CCT e o dia D, o foco da consulta esta centrada na motivação e nos ganhos que o utente irá ter com a mudança do seu comportamento. É estabelecido com o utente que comportamento/atitude deverá assumir para conseguir atingir esse objetivo/ganho em saúde (deixar de fumar!). É visto com cada utente, como ultrapassar as suas próprias barreiras, os

seus mitos, os seus medos, e que benefícios ganhará. Em simultâneo é convidado ao começar a reduzir o numero de cigarros que fuma ao longo do dia. Neste período, são feitos contactos telefónicos ou agendadas consultas, para reforçar a motivação e o compromisso assumido por parte do utente. Por outro lado, depois do dia D, e no decurso das duas primeiras semanas, são feitos contactos telefónicos ou consultas semanais, para aumentar o nível de confiança do utente, resolver precocemente algumas dificuldades relacionadas com a abstinência ou dificuldades que estejam a surgir e reforçar a motivação. No caso do utente faltar à consulta sem justificação é feito contacto telefónico, averiguado o motivo da falta, e agendada nova consulta. Na segunda falta não se contacta o utente. Aguarda-se que ele manifeste vontade. A enfermeira está sempre disponível para receber, contactos telefónicos dos utentes, mesmo após o horário laboral, de modo a disponibilizar uma “linha de apoio” para a resolução de todas as dificuldades ou dúvidas que possam surgir, independentemente da fase de tratamento em que o utente se encontra.

MÉTODOS

Trata-se de um artigo de divulgação dos resultados obtidos com a implementação da Consulta de Cessação Tabágica (CCT) iniciada em abril de 2015 na USF Beira Ria alicerçada num conjunto de boas práticas instituídas na área da dependência do Tabaco. Descreve-se o modelo da CCT, focando o papel de cada um dos elementos da equipa e evidenciando a sua “marca” de apoio intensivo; caracteriza-se sumariamente o conjunto de utentes que frequentou a consulta de abril de 2015 a dezembro 2019; apresenta-se a relação entre dependência em tabaco e abstinência do consumo de tabaco e expõem-se os ganhos em saúde obtidos através da presente consulta.

RESULTADOS

Caracterização dos utentes em CCT

Desde o início da consulta (2015) foram sinalizados 317 utentes. 56 utentes faltaram logo à primeira consulta agendada, não sendo considerados para o acompanhamento. Assim, desde o início das consultas, foram atendidos 261 utentes, sendo 133 sexo masculino (51%) e 128 sexo feminino (49%). Dos 261 utentes sinalizados, 16 utentes não apresentavam critérios para a consulta de CCT (por quadro de patologia mental descompensada e/ou consumo/dependência de outras substâncias). Assim são considerados 245 utentes em acompanhamento em intervenção intensiva para cessação tabágica.

Dos 245 utentes que iniciaram intervenção intensiva, foram 124 utentes (50,61 %), que no decorrer das consultas faltaram a consulta sem aviso ou desistiram do programa, mantendo-se a fumar.

Deixaram de fumar 121 utentes (49,39 %)

- 27 pessoas tiveram recidiva antes dos seis meses sem fumar
- 17 pessoas tiveram recidiva antes de fazer um ano sem fumar
- 20 utentes estão sem fumar e mantêm-se em acompanhamento, pois ainda não perfizeram um ano.
- 57 utentes (23,26 %) estão efetivamente sem fumar há mais de um ano. Sobre estes utentes, 35 (61%) são do sexo masculino e 22 (39%) do sexo feminino. A média de idades é de 49 anos e no início do seu consumo fumavam em média menos de 16 cigarros/dia

DISCUSSÃO

A avaliação da dependência é de enorme importância no processo de cessação tabágica, pois este influencia o tipo de intervenção e o seu sucesso (Igreja, 2009). Segundo Fagerstrom (2008), os utentes mais dependentes de nicotina, mantêm o consumo de tabaco de uma forma mais significativa, em relação aos indivíduos menos dependentes, sendo o processo e cessação tabágica mais difícil. O teste de Fagerström (método quantitativo), constitui o método mais usado para avaliar a dependência de nicotina e revelou valor prognóstico de sucesso na cessação tabágica. Quanto mais elevado o score, maior será o nível de dependência (0 corresponde a dependência baixa e 10 a dependência elevada).

Tendo como referência a escala de *fagerstrom* e os utentes que frequentaram as consultas, utentes que deixaram de fumar tem em média 4,71 de nível de dependência. Comparativamente, a média de dependência dos utentes que recidivaram é de 5,28 e a média dos utentes que faltaram/abandonaram a consulta é de 5,85. A média de número de cigarros fumados não é significativo. Varia entre 16 e 21 a média de cigarros por dia em todos os grupos, ou seja, em média um maço.

Para Isabel (2009), citando Fagerstron (2008), das seis perguntas efetuadas, o número de cigarros fumados por dia e o tempo de demora do primeiro cigarro após acordar de manhã, parecem ser os indicadores de dependência mais importantes. Assim, verifica-se que não é o número de cigarros que importa, mas pode haver outras variantes significativas, associados a outros comportamentos, como: se o fumar está relacionado com stress; um ato de prazer ou um gesto automático que se traduz em: fumar mais ao início do dia ou ao fim do dia; fumar no intervalo do trabalho, quando se está doente.

Reconhece-se que as taxas de cessação tabágica são superiores em fumadores menos dependentes da nicotina, verificando-se que o processo de cessação tabágica é mais fácil do que nos mais dependentes (Fagerstron et al (1996) citado por Igreja 2009). Esta premissa

também se evidencia nos dados apresentados, tornando claro o motivo pelo qual o principal critério de inclusão para as consultas continuar a ser: “Utente motivado em deixar de fumar”. Em utentes com dependência mais alta (mais de 5 na escala de fagerstrom) a primeira fase é sensibilizar para a mudança comportamental e capacitá-los para o mesmo.

CONCLUSÃO

A consulta de cessação tabágica está inserida num contexto de cuidados de saúde primários que se distingue, entre outros motivos, pela maior proximidade entre a equipa de saúde (MF/EF) e o utente, o que se traduz numa importante mais valia. São profissionais de referência para o utente facilitando, desta forma, o trabalho em contexto familiar e de comunidade. O conhecimento partilhado entre os membros da equipa da USF BR, permite que todos estejam despertos, aptos e motivados para a intervenção de apoio breve, assim como o subsequente encaminhamento para a CCT de modo a proporcionar ao utente para uma intervenção de apoio intensivo no “momento certo”, aumentando assim a taxa de sucesso da mesma. É do conhecimento geral, o ganho para saúde da população quando se deixa de fumar. Em mais de 4 anos, falamos de uma taxa de sucesso na ordem dos 23 %, quando a média nacional ronda os de 21% (DGS 2017). Parece pouco, mas não são só os utentes os beneficiários, são famílias implicadas, amigos, colegas de trabalho e comunidades. Falamos de um impacto indireto que não é possível medir/avaliar. Após um ano, os utentes agradecem, fazem o balanço do que ganharam e do impacto que o deixar de fumar teve nas suas vidas. Referem sempre que a família agradece e há amigos que se inscrevem na consulta para deixarem também de fumar. A todos os utentes que tem alta da consulta por terem estado um ano sem fumar, pede-se-lhe que tragam alguém, que falem da consulta, que motivem outros a seguir o exemplo. O testemunho, a experiência real que já se deixou de fumar influencia bem mais que qualquer “outdoor” ou publicidade por imagens no maço.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

De futuro, pretende-se terminar com a carteira adicional. Isto significaria que o número de incidência e de prevalência em consumo/dependência em tabaco estaria a um nível reduzido, que não justificava uma intervenção de apoio intensivo. Todos os profissionais da equipa em contexto de apoio breve está apta, consciente dos ganhos e empenhada. Assim, como teríamos uma população com conhecimento dos malefícios e a optar por comportamentos saudáveis. Estamos empenhados e esperamos que seja num futuro próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Ermelinda et al (2009). A experiencia de consulta de cessação tabágica do centro de saúde de bom Jesus. Revista Toxicodependências. Edição IDT. Nº 15. Vol 3.
- DGS (2007). Cessação Tabágica: programa-tipo de atuação. Lisboa.
- DGS (2013). Caracterização das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica – relatório. Lisboa.
- DGS (2014). Portugal prevenção e controlo do tabagismo em números – 2014. Lisboa.
- DGS (2017). Relatório do programa nacional para prevenção e controlo do tabagismo 2017. Lisboa.
- Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. (1996) Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. Tobacco Control.
- Fagerström K, Furberg H (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. Journal compilation, Society for the Study of Addiction.
- Igreja, Ana (2009) Consulta de apoio intensivo de cessação tabágica, a nível de cuidados de saúde primários: da sua análise a proposta de intervenção (Tese de mestrado, Universidade do Porto)
- Nunes, Emília; Monteiro, Lara (2017) Programa nacional da prevenção e controlo de tabagismo. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Salgado, Mariana (2010). Programa de cessação tabágica nos serviços de saúde: uma estratégia prioritária de controlo de tabagismo. Caracterização do perfil dos fumadores e referenciação numa consulta de cessação de um hospital distrital de beira interior. (tese de mestrado, Faculdade de ciências da saúde, Universidade da Beira Interior)
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. (1982) Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change, Psychotherapy: Theory, Research and Practice.

A arte de Escutar o Curador Ferido

Janaína Fabri*, **Eliane Pereira****, **Rose Mary Silva*****, **Celia Kestenberg******, **Vilza de Deus*******, **Luciana da Silva*******

*Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de setembro,157. CEP: 20.551.-030. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: janamgfabri@gmail.com

**Pós-Doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente Titular do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Dr.Celestino 74. CEP:24020-091. Niterói. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: elianeramos.uff@gmail.com

***Pós-Doutorado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).Docente Titular do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro. Rua Dr.Celestino 74. CEP:24020-091. Niterói. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: roserosauff@gmail.com

****Doutorado em Psicologia Social pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente Associada do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Boulevard 28 de setembro,157. CEP: 20.551.-030 Rio de Janeiro, Brasil. E-mail celiakestenberg@gmail.com

*****Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense(UFF). Docente da Graduação de Enfermagem na Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá. CEP: 20081-31. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: vilzahandanbueno@gmail.com

*****Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeira do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Rua Venceslau Brás 71. Fundos. CEP: 22290-140. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: luciana.alleluia@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: Estudantes de Enfermagem apresentam altos índices de estresse, ansiedade, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida. **OBJETIVO:** relatar a experiência dos atendimentos realizados no plantão de escuta como um instrumento de cuidado aos graduandos de enfermagem e promover a reflexão a respeito da importância desta modalidade de atendimento na graduação. **MÉTODOS:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado em um relato de experiência dos professores de saúde mental ao atender 35 alunos de graduação de enfermagem no período de março a novembro de 2019. **RESULTADOS:** Os estudantes apresentaram elevado desgaste físico e mental, angústia, ansiedade, estresse, desânimo e apatia em relação as atividades acadêmicas e até as

atividades de lazer, irritabilidade excessiva, perda de memória imediata, dificuldade de concentração, insônia ou sonolência excessiva. Apenas 05 foram encaminhados para outros profissionais confirmando a relevancia do plantão de escuta como instrumento de cuidado e promotor da saúde. **CONCLUSÕES:** O Plantão de Escuta é capaz de oferecer acolhimento, promover reflexão e potencializar mudanças significativas nos sujeitos. É importante intervir sobre essa realidade para que os universitários possam passar por este período da profissionalização de nível superior de forma saudável.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde; Saúde Mental; Estudantes; Enfermagem

ABSTRACT

BACKGROUND: Nursing students have high levels of stress, anxiety, low self-esteem, ideation and suicidal behavior. **AIM:** to report the experience of the care provided during the listening shift as an instrument of care for nursing students and to promote reflection on the importance of this type of care during graduation. **METHODS:** qualitative, descriptive and exploratory study, based on an account of the experience of the mental health professor when attending 35 undergraduate nursing students from January to December 2019. **RESULTS:** The students showed high physical and mental exhaustion, anguish, anxiety, stress, discouragement and apathy in relation to academic activities and even leisure activities, excessive irritability, loss of immediate memory, difficulty concentrating, insomnia or excessive sleepiness. Only 05 were referred to other professionals, confirming the relevance of listening on duty as an instrument of care and health promoter. **CONCLUSIONS:** The Listening Service is capable of offering welcoming, promoting reflection and enhancing significant changes in the subjects. It is important to intervene in this reality so that university students can go through this period of higher level professionalization in a healthy way.

Keywords: Health Promotion, Mental Health; Studentes; Nursing.

RESUMEN

CONTEXTO: Los estudiantes de enfermería tienen altos niveles de estrés, ansiedad, baja autoestima, ideación y comportamiento suicida. **OBJETIVO:** reportar la experiencia del cuidado brindado durante el turno de escucha como instrumento de cuidado para los estudiantes de enfermería y promover la reflexión sobre la importancia de este tipo de cuidado durante la graduación. **METODOLOGÍA:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, basado en un relato de la experiencia del profesor de salud mental al atender a 35 estudiantes de pregrado en enfermería de enero a diciembre de 2019. **RESULTADOS:** Los estudiantes mostraron alto agotamiento físico y mental, angustia, ansiedad, estrés, desánimo y apatía en relación a las actividades académicas e incluso actividades de ocio, irritabilidad excesiva, pérdida de memoria inmediata, dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia excesiva. Solo 05 fueron referidos a otros profesionales, lo que confirma la relevancia de la

escucha en el deber como instrumento de atención y promotora de salud. **CONCLUSIONES:** El Servicio de Escucha es capaz de ofrecer acogida, promover la reflexión y potenciar cambios significativos en los temas. Es importante intervenir en esta realidad para que los universitarios puedan atravesar este período de profesionalización de nivel superior de manera saludable.

Palabras Clave: Promoción de la Salud, Salud Mental ;Estudiantes; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Pesquisas apontam que os graduandos de enfermagem apresentam índice alarmante de estresse e ansiedade (Zhan, Peters & Chen, 2018; Kestemberg, Rosa, Silva, Fabri, Regazi ,2017 & Tharani, Husain , Warwick , 2017), baixa autoestima (Saleh, Camart & Romo ,2017; Valizadeh et al, 2016), dificuldade em resolver problemas (Gonçalves, Sequeira, Duarte, Freitas, 2016) o que repercute em alta prevalência de ideação e comportamento suicida(Montes-Hidalgo & Tomás-Sábado, 2016; Gonçalves et al, 2016).

Estudo desenvolvido em uma universidade brasileira identificou que 79,5% dos estudantes de enfermagem apresentam estresse, sendo que 39% na fase de exaustão, última fase do modelo quadrifásico do estresse . Dentre as principais características apresentadas pelos entrevistados destacam-se: (77,3%) o cansaço constante, (76,8%) a sensação de desgaste físico constante, (68,4%) problemas com a memória, (55,3%) tensão muscular e (42,1%) mudança de apetite (Kestemberg et al, 2017; Lipp, 2003).

Estes resultados nos alertam que os universitários constituem uma população vulnerável a desenvolver quadros mais graves de sofrimento psíquico decorrente dos fatores estressores relacionados ao curso de graduação (Ribeiro et al, 2020).

Neste sentido, surgiu o Plantão de Escuta (PE) em 1989 em decorrência de solicitações da coordenação da graduação de enfermagem e dos próprios discentes para avaliar e atender as demandas emocionais de estudantes que vivenciavam momentos de crises situacionais. O PE é uma intervenção na situação de crise, ou seja, quando o estudante está vivendo um momento que não consegue lidar com as demandas internas e externas gerando sofrimento psíquico, angústia. É alicerçado pela concepção de empatia que segue a perspectiva multidimensional composto por componentes cognitivos, afetivos, e comportamentais (Goleman, 2019). Tem como finalidade ouvir e acolher a dor dos alunos através da aplicação da Teoria da Empatia como uma tecnologia leve do cuidado humano.

Objetivo: relatar a experiência dos atendimentos realizados no plantão de escuta como um instrumento de cuidado aos graduandos de enfermagem e promover a reflexão a respeito da importância desta modalidade de atendimento na graduação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado em um relato de experiência dos professores de saúde mental ao atender 35 alunos de graduação de enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2019 . O docente de saúde mental para

atuar no plantão de escuta necessita desenvolver as habilidades empáticas que permitem compreender os sentimentos do outro e demonstrar essa compreensão. Os atendimentos ocorrem por demanda espontânea, os alunos procuram o docente de saúde mental que atuam no PE e agendam o atendimento ou ocorre de forma imediata caso haja disponibilidade de ambos. Em sala reservada fazemos o acolhimento do estudante a partir da escuta empática, de forma respeitosa e valorizando cada aspecto da sua fala.

Os resultados são descritos e constituídos para evidenciar o impacto do plantão de escuta na vida dos acadêmicos de enfermagem. Além da descrição do atendimento em saúde mental aos discentes de enfermagem e os resultados desta intervenção, pretende-se apresentar o protocolo de atendimento neste cenário para a utilização do mesmo em outras universidades. Sendo assim, este artigo tem a finalidade de servir como uma ferramenta para um cuidado em saúde mental especificamente aos universitários a partir da discussão dos achados.

RESULTADOS

As queixas estavam relacionadas a conflitos familiares, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, ansiedade em relação ao futuro profissional e estresse decorrente da sobrecarga de atividades acadêmicas e vida pessoal. Os alunos identificaram ter obtido crescimento pessoal e coletivo para enfrentar questões da prática, a partir da reflexão de suas experiências. Observou-se que este tipo de espaço reflexivo foi importante para os acadêmicos, uma vez que se sentiram acolhidos e escutados.

O PE tem três fases de acordo com protocolo desenvolvido no cenário:

1ª.Fase- Auxiliar o estudante a reconhecer o que está ocorrendo com ele, redimensionando a situação. A partir da compressão dos pensamentos, sentimentos, sensações e comportamentos diante do que ele está vivendo.

2ª. Fase- Ajudar a encontrar, a partir da análise da primeira fase, os recursos internos que o estudante desconhece ou não consegue perceber por estar desorganizado psicologicamente. Então, ele é estimulado a buscar os seus pontos fortes e assim potencializar as possíveis saídas.

3ª. Fase- No decorrer do quarto encontro se o professor identifica que o estudante continua em angústia, é realizado o encaminhamento, ambos (professor-estudante) avaliam a melhor indicação, seja para o núcleo de apoio psicopedagógico, ou seja, psicólogos conveniados ao programa que prestam atendimento voluntário ou psiquiatra. É possível ser encaminhado para os dois profissionais ou para um deles. O acompanhamento pelo PE continua até que ele tenha condições de enfrentar as adversidades.

Outro suporte oferecido a todos que procuram pelo projeto é o encaminhamento ao Espaço de Cuidado Integral Celia Kestenberg, onde são oferecidas práticas integrativas e

complementares como Acupuntura, Auriculoterapia, Barra de Access, Floral, Medicina Antroposófica e Reiki.

Importante destacar que a maioria do público atendido pelo PE não necessitou de encaminhamento, encerrando o acompanhamento no terceiro ou quarto encontro. Neste caso, 30 sujeitos conseguiram encontrar suas potencialidades e seguir a vida, 2 estudantes foram encaminhados ao psiquiatra, 03 a psicologia.

Os estudantes chegaram com grande sofrimento psíquico decorrente da dificuldade de perceber possíveis soluções ou novas formas de enfrentamento para as questões que se colocam no cotidiano. Dentre as principais queixas, destacamos: a sobrecarga de atividades acadêmicas, conflitos familiares e interpessoais, medo em relação ao futuro profissional, dificuldades econômica relacionado ao desemprego ou emprego informal dos genitores além das poucas oportunidades de associar o emprego ao estudo devido o horário integral do curso da faculdade de Enfermagem. Em decorrência destes fatores citavam elevado desgaste físico e mental, angústia, ansiedade, estresse, desânimo e apatia em relação as atividades acadêmicas e até as atividades de lazer, irritabilidade excessiva, perda de memória imediata, dificuldade de concentração, insônia ou sonolência excessiva.

DISCUSSÃO

Na área de saúde somos curadores feridos. Nosso pedaço ferido faz conexão com o pedaço ferido do outro, nos percebemos, nos sentimos no outro, o que torna primordial o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde que auxiliem o estudante a cuidar de si para melhor cuidar do outro.

Ao reorganizar os pensamento, os sentimentos, a maioria (30) dos universitários conseguiram encontrar as saídas possíveis, potencializando os recursos internos que todos nós temos e por vezes em momentos de crise não percebemos ou não sabemos como utilizar. O PE baseia-se no conceito multifatorial da Empatia (Goleman , 2019), ou seja, em três pilares: cognitivo (capacidade intelectual de compreender sentimentos), emocional (colocar-se no lugar do outro) e comportamental (expressão a partir de falas, gestos e ações a compreensão da situação do outro).

Estas habilidades podem ser atributos pessoais, contudo pesquisas apontam que podem ser aprendidas socialmente ou através de treinamento formal (Kestenber, 2013 & Goleman, 2019). Assim, seria adequado que os professores que atuassem nesta atividade do PE potencializassem essas habilidades.

Neste aspecto, é uma tecnologia leve de cuidado de baixo custo que envolve uma pessoa habilitada empaticamente para acolher, ouvir sem julgamentos e verbalizar empaticamente. Em seguida discutimos os fatores estressores destacados nas falas do estudantes.

O graduando desenvolve atividades que exigem um alto desempenho e disciplina para uma rotina de estudos constantes e crescentes a cada semestre o que pode gerar uma fonte de estímulos estressores. Hersi et al (2017), corrobora com essa relação, ao identificar em sua pesquisa que o estresse mental está ligado a longas horas de estudos. Todavia, são necessárias mais pesquisas que investiguem as demandas acadêmicas com a saúde mental e o desempenho dos universitários.

Os relacionamentos familiares e interpessoais são constructos de identidade, fornecem suporte social para que haja expressão do ser e engajamento nas atividades impulsionando o jovem para vida. Contudo quando as relações familiares são conflituosas repercute no jovem como desvalor e abandono gerando angustia (Rossi, Marcolino, Speranza & Cid 2019). Essa situação evidencia uma rede de apoio fragilizada, o sujeito tem a sensação que não pode contar com estas pessoas reforçando a sensação de solidão e gerando de dor e sofrimento psíquico (Lima, 2016).

Em relação ao futuro profissional, os universitários que estão indecisos acerca da especialização e emprego, apresentam mais depressão do que aqueles que já estão certos de sua decisão (Rottinghaus, Jenkins, Jantze, 2019). Este achado ratifica a relevância de investir em projetos de aconselhamento e orientação de carreira dentro das universidades, trazendo benefícios como fortalecimento da formação profissional e suporte a saúde mental dos estudantes (Arino, Bardagi, 2018).

As preocupações com as finanças se constituem um fator estressor e se tratando do curso na área de saúde com horário integral, as possibilidades de trabalho são reduzidas e quando possíveis podem influenciar no desenvolvimento acadêmico, Todavia, os estudantes referiam sentir-se obrigados a ter uma remuneração para que pudessem contribuir com os gastos, por exemplo alimentação, transportes, materiais de papelaria e livros.

A ansiedade apareceu como uma variável que interferiu diretamente no desempenho dos graduandos que lidam com situações geradoras de estresse como avaliações, apresentações de trabalho que, em regra, maximiza a sensação de insegurança, medo em relação ao futuro acadêmico/ profissional (Kestenberg et al, 2017; Gonçalves et al., 2016).

Diversos estudos apontam a importância de disponibilizar precocemente recursos como o PE que sejam promotores de saúde mental afim de auxiliar os universitários na carreira acadêmica e profissional (Kestenberg, 2017; Arino, Bardagi, 2018; Nogueira, Sequeira, 2018). Ações como o PE que possibilitam o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, principalmente aquelas com foco no problema, são primordiais ao favorecer o bem estar e a qualidade de vida desta população (Arino, Bardagi, 2018).

CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi relatar a experiência dos atendimentos realizados no PE bem como refletir acerca desta modalidade de cuidado na graduação de enfermagem, obtendo resultados que revelaram sofrimento psíquico desencadeados por fatores estressores como sobrecarga acadêmica, conflitos familiares e interpessoais, medo em relação ao futuro profissional e dificuldades econômicas.

O PE é capaz de oferecer acolhimento, promover reflexão e potencializar mudanças significativas nos sujeitos. É uma tecnologia de baixo custo e de grande efetividade, atuando nas esferas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A experiência vivida sugere a importância do processo reflexivo no decorrer da formação do estudante de enfermagem e no cotidiano de um profissional devido as relações de trabalho serem marcadas por conflitos de diversas ordens, sendo de vital importância as intervenções que minimizem as angústias. É importante intervir sobre essa realidade para que os universitários possam passar por este período da profissionalização de nível superior de forma saudável.

A crise passa, tem saída, e a saída está dentro de nós, contudo as vezes não conseguimos enxergar a saída, é necessário que um profissional nos auxilie nesta jornada a fortalecer as habilidades de enfrentamento positivo para lidar efetivamente com vários estressores.

Estes resultados reforçam a importância de desenvolver mais pesquisas nesta área, a fim de viabilizar outros espaços terapêuticos nas universidades nesta perspectiva biopsicossocial, promovida pelo atendimento de enfermagem em saúde mental.

O trabalho apresenta limitações de estudo ao apontar a percepção apenas do professor de saúde mental sobre os atendimentos realizados, é necessário o desenvolvimento de estudos que abordem os efeitos desta modalidade de cuidado na visão dos estudantes.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Se o estudante aprende a cuidar de si, cuida bem do outro. O PE é multiplicador de ensino e saúde ao potencializar a adoção de estratégias mais saudáveis para prevenir possíveis desgastes no contexto acadêmico, pessoal e do trabalho. O estudante aprende a cuidar bem de si e assim cuida bem do outro que pode ser seu familiar, amigo ou paciente. Conhecendo as repercussões do sofrimento psíquico na vida dos estudantes de enfermagem, futuros enfermeiros, é imprescindível conhecer e apreender recursos estratégicos de enfrentamento para que possam conviver de forma mais saudável com as demandas do ambiente profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arino, D. O., Bardagi, M. P. Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários. *Psicologia pesquisa*, 12(3)44-52. [doi:10.24879/2018001200300544](https://doi.org/10.24879/2018001200300544).
- Goleman, D. (2019). *Inteligência Emocional: Empatia*. São Paulo: Actual.
- Gonçalves, A. M., Sequeira, C. A. D. C., Duarte, J. C., Freitas, P. P. (2016). Suicidal Ideation on Higher Education Students: Influence of Some Psychosocial Variable. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (2), 162-165. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.005
- Hersi, L., Tesfay, K., Gesesew, H., Krahl, W., Ereg, D. & Tesfaye, M. (2017). Mental distress and associated factors among undergraduate students at the University of Hargeisa, Somaliland: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 39-46. [doi: 10.1186/s13033-017-0146-2](https://doi.org/10.1186/s13033-017-0146-2)
- Kestenberg, C. C. F. (2013). The empathic skill is socially learned: an experimental study with nursing undergraduate students. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 21(4):427-33.
- Kestenberg, C. C. F., Rosa, B. M. S., Silva, A. V., Fabri, J. M. G. & Regazi, I. C. R. (2017). Stress in undergraduate nursing students. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 25, 716-22. [doi: 10.12957/reuerj.2017.26716](https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26716)
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadifásico do stress. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Montes-Hidalgo, J. & Tomás-Sábado, J. Self-esteem, resilience, locus of control and suicide risk in nursing students. (2016). *Enfermería Clínica*, 26(3), 188-93. [doi: 10.1016/j.enfcli.2016.03.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.002).
- Nogueira, M. J. & Sequeira, C. (2018). A satisfação com a vida académica: Relação com bem-estar e distress psicológico. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe6), 71-76. [doi:10.19131/rpesm.0216](https://doi.org/10.19131/rpesm.0216)
- Rees, C. S., Heritage, B., Osseiran-Moisson, R., Chamberlain, D., Cusack, L., Anderson, J., Victoria, T., Rogers, C., Hemsworth, D., Cross, W. & Hegney, D. G. (2017). Can We Predict Burnout among Student Nurses? An Exploration of the ICWR-1 Model of Individual Psychological Resilience. *Frontiers Psychology*, 7, 1072.-87. [doi: 10.3389/fpsyg.2016.01072](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01072)
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., Ribeiro, R. C. H. M., Cequeira, C. A. C., Pompeo, D. A. (2020). Impact of an intervention through Facebook to strengthen Self-esteem in nursing students. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 28, 3215-37. [doi: 10.1590 / 1518-8345.3215.3237](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3215.3237)
- Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M. & Cid, M. F. B. (2019). Crisis and mental health in adolescence: the story from the perspective of those who live it. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), 18-25. [doi:10.1590/0102-311X00125018](https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018)

Saleh D., Camart N. & Romo, L. (2017) Predictors of Stress in College Students. *Frontiers Psychology*. 8,19-31. [doi: 10.3389/fpsyg.2017.00019](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00019).

Tharani, A., Husain Y & Warwick, I. (2017). Learning environment and emotional well-being: a qualitative study of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 59, 82-7. [doi: 10.1016/j.nedt.2017.09.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.008).

Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Gargari, R. B., Ghahramanian. A., Tabrizi, F.J. & Keogh, B. (2016). Pressure and protective factors influencing nursing students' self-esteem: a content analysis study. *Nurse Education Today*, 36, 468-72. [doi:10.1016/j.nedt.2015.10.019](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.019)

Zhang Y, Peters A, Chen G. (2018). Perceived Stress Mediates the Associations between Sleep Quality and Symptoms of Anxiety and Depression among College Nursing Students. *Int Journal Nursing Education Scholarsh*, 34 (4), 320-325. [doi:10.1515/ijnes-2017-0020](https://doi.org/10.1515/ijnes-2017-0020)

Síntese de evidências de estudos com Roboterapia-PARO

Rita Sofia da Silva Gomes*; Rosa Carla Gomes da Silva**; João Costa Amado***

* Mestre em Gerontologia e Cuidado Geriátrico, Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde - Porto; Enfermeira Coordenadora na Santa Casa da Misericórdia da Trofa, Rua de António de Sousa Reis nº 259, 4785-289 Trofa, Porto, Portugal, enf.ritagomes@gmail.com

** Professora Assistente, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; e investigadora integrada na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Rua Diogo Botelho 1327, 4169-005, Porto, Portugal, rcgsilva@porto.ucp.pt

*** Professor Associado Convidado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e Investigador Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde; Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005, Porto, Portugal; jcamado@porto.ucp.pt

RESUMO

CONTEXTO: Os robôs sociais têm sido cada vez mais desenvolvidos e integrados no cuidado às pessoas idosas. Um dos robôs que se destaca é a PARO, uma foca robô que já existe em algumas instituições portuguesas; está equipada com um conjunto de sensores que lhe permitem interagir aos estímulos do utilizador. Neste sentido, sintetizar resultados referentes à sistematização da intervenção e ao impacto clínico da Roboterapia-Paro é um conhecimento necessário. **OBJETIVO(S):** Sintetizar procedimentos da intervenção com Roboterapia-PARO em pessoas idosas com PNC e avaliar o seu impacto. **MÉTODOS:** Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura, recorrendo-se a uma estratégia dividida em três fases. Primeira fase procedeu-se a uma pesquisa limitada por termos no motor de busca EBSCO. Segunda fase, pesquisa secundária no site oficial do fabricante da PARO e estabelecido contato com investigadores internacionais. Terceira fase, foram analisadas as referências bibliográficas secundárias. **RESULTADOS:** Incluíram-se 11 artigos na elaboração desta síntese de evidências. Sete são estudos controlados aleatórios, um estudo longitudinal e três estudos quase experimentais. Podemos inferir que os estudos realizados com recurso à Roboterapia-PARO apresentam semelhanças ao nível da caracterização dos participantes e tipologia de intervenção. Os estudos analisados parecem indicar que a Roboterapia-PARO é uma promissora intervenção não farmacológica, na medida em que se verificou um impacto positivo ao nível da qualidade de vida, do humor, da comunicação/interação social e diminuição da solidão, stress e ansiedade.

CONCLUSÕES: A disseminação de uma melhor evidência no âmbito da Robototerapia-PARO torna-se essencial para orientar a implementação e desenvolvimento das terapias não farmacológicas.

Palavras-Chave: robototerapia-paro; terapia não farmacológica; perturbação neurocognitiva; demência.

RESUMEN

CONTEXTO: Robots sociales se han desarrollado e integrado en cuidado. Uno de los robots que destaca es PARO, una foca robot que ya existe en algunas instituciones portuguesas, está equipado con un conjunto de sensores que le permiten interactuar con los estímulos del usuario. Sintetizar resultados sobre la sistematización de la intervención y el impacto clínico de Robototerapia-PARO es un conocimiento necesario. **OBJETIVO(S):** Sintetizar procedimientos de intervención con Robototerapia-PARO en personas mayores con PNC y evaluar su impacto. **METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando una estrategia de tres fases. La primera fase fue realizada una búsqueda limitada de términos en el motor de búsqueda EBSCO. Segunda fase, investigación secundaria en el sitio web oficial del fabricante de PARO y contacto establecido con investigadores internacionales. Tercera fase, se analizaron las referencias secundarias. **RESULTADOS:** Se incluyeron 11 artículos en la elaboración de esta síntesis de evidencia. Siete ensayos controlados aleatorios, un estudio longitudinal y tres estudios cuasiexperimentales. Se puede inferir que los estudios que usan Robototerapia-PARO tienen similitudes cuanto a la caracterización de los participantes y tipología de intervención. Los estudios analizados parecen indicar que Robototerapia-PARO es una prometedora intervención no farmacológica, ya que hubo un impacto positivo en la calidad de vida, el estado de ánimo, la comunicación/interacción social y la disminución de la soledad, el estrés y la ansiedad. **CONCLUSIONES:** La difusión de una mejor evidencia en el contexto de la Robototerapia-PARO se vuelve esencial para guiar la implementación y el desarrollo de terapias no farmacológicas. **Palabras Clave:** robototerapia-paro; intervenciones no farmacológicas; trastorno neurocognitivo; demencia

ABSTRACT

BACKGROUND: Social robots have been increasingly developed and integrated into care. One of the robots that stands out is PARO, a robot seal that already exists in some Portuguese institutions, it is equipped with a set of sensors that allow it to interact with user's stimuli. Synthesizing results regarding the intervention systematization and clinical impact of Robototherapy-PARO, will bring relevant knowledge to this area. **AIM:** Synthesize procedures of intervention with Robototherapy-PARO in elderly people with PNC, assessing their impact.

METHODS: A three-step systematic review of literature was adopted. Phase one was a term-limited search in EBSCO search engine. Second phase, a secondary search was performed on manufacturer's official website and contacts with international researchers. Third phase, secondary bibliographic references were analyzed. **RESULTS:** 11 articles were included in the elaboration of this synthesis. Of those, seven are randomized controlled trials, one longitudinal study and three quasi-experimental studies. Studies using Robototherapy-PARO have similarities in terms of the characterization of participants and intervention type. The studies selected show that Robototherapy-PARO is a promising non-pharmacological intervention, with positive impact on quality of life, mood, communication/social interaction and decreasing loneliness, stress and anxiety. **CONCLUSIONS:** Best evidence should be disseminated to guide the implementation and development of non-pharmacological.

Keywords: robototherapy-paro; non-pharmacological therapy; neurocognitive impairment; dementia

INTRODUÇÃO

Envelhecer não significa necessariamente estar doente ou inabilitado. Porém, é característico a relação entre idade e o aparecimento de doenças crônicas, degenerativas ou incapacitantes que requerem particulares cuidados (Iacono & Marti, 2016). Os quadros clínicos ligados ao envelhecimento afetam de modo interativo tanto as pessoas idosas e as famílias como a sociedade em geral, sendo neste contexto a demência, atualmente também designada por perturbação neurocognitiva (PNC) major, uma das síndromes com maior expressão clínica (Patterson, 2018). Sabe-se que na PNC major juntamente com o declínio funcional e psicológico, os sintomas neuropsiquiátricos (SNP) relacionados com a deterioração cognitiva, como a comunicação alterada e o humor sub depressivo, muitas vezes agravam-se em sintomas de apatia e/ou agitação e depressão. Estudos em estruturas residenciais para pessoas idosas identificam que indivíduos com PNC major em estado avançado passam metade do seu tempo vígil inativos. Por outro lado, existe também quem apresente sintomas de agitação que são geridos pelos profissionais de saúde com recurso a sedação e isolamento (Kuhn, Edelman, & Fulton, 2005).

Envolver pessoas idosas com deterioração cognitiva em atividades é um grande desafio para os profissionais de saúde (Moyle et al., 2013) . A estimulação à participação das pessoas idosas em atividades lúdicas, recreativas e terapêuticas, continua a ser um desafio merecedor de atenção por parte dos profissionais de geriatria, visto que, a participação em atividades que promovam a interação social evita sentimentos de solidão que agravam a progressão da PNC major (Moyle et al., 2013).

As intervenções não farmacológicas aparecem como uma boa opção de primeira linha no tratamento de pessoas com PNC, sendo as terapias de estimulação cognitiva as mais adotadas neste contexto (Apóstolo, Cardoso, Rosa, & Paúl, 2014; Salichs, Encinar, Salichs,

Castro-González, & Malfaz, 2016; Soler et al., 2015). Porém, nos últimos anos os robôs sociais têm sido cada vez mais desenvolvidos e integrados no cuidado a pessoas idosas pelas suas vantagens quer ao nível psicológico, fisiológico, bem-estar e melhoria na qualidade de vida (Broekens, Heerink, & Rosendal, 2009). Atualmente, há estudos que referem que a interação com os robôs sociais levou à redução dos estados de agitação (Joranson et al., 2017), depressão (Petersen, Houston, Qin, Tague, & Studley, 2017), ansiedade e melhoria da qualidade de vida (Moyle et al., 2013). Outro estudo porém indica, pelos seus achados, que os robôs sociais não afetaram os estados depressivos e a qualidade de vida das pessoas idosas sujeitas à terapia (Robinson, Macdonald, Kerse, & Broadbent, 2013).

A Roboterapia-PARO, consiste no uso de uma foca terapêutica robô que está em comercialização no mercado Japonês desde 2005 e na Europa e Estados Unidos da América desde 2009. A PARO é utilizada maioritariamente em estruturas residenciais para pessoas idosas, especialmente em unidades especializadas em PNC e ocasionalmente em hospitais. Não obstante, no seu país de origem mais de metade das PAROs vendidas (60%) foram destinadas a clientes particulares que as usam no seu domicílio. Até 2015 foram vendidas cerca de 1500 unidades: 1300 unidades no Japão, 100 unidades na Dinamarca e 100 noutros países. A foca robotizada PARO foi desenhada especialmente para ser suave e evocar sentimentos de conforto e garantir, dada a sua simplicidade e facilidade de utilização uma ampla aceitação pelos utilizadores. Possui apenas um interruptor para ligar e desligar e um cabo de carregamento com um desenho informal. Cada foca robotizada vem revestida com um pelo artificial, antibacteriano, resistente à sujidade e que não se solta com facilidade. Internamente foi também incorporado um escudo eletromagnético para prevenir interferências com *Pacemakers* e outros dispositivos eletrónicos. Nos seus 2,7kg de peso, a PARO está equipada com cinco tipos de sensores: os sensores de postura e temperatura estão localizados no centro do dispositivo; conta ainda com dois sensores de luz no nariz; os bigodes são sensíveis ao toque; e por baixo da camada de pelo há uma extensa zona sensível ao toque; em adição está ainda equipada com um conjunto de microfones que permitem localizar a proveniência do som. Adicionalmente, às expressões motoras, a PARO tem também expressões vocais, uma série de sons simulados de focas, que podem ser interpretados como sinais de prazer ou desagrado relativamente aos estímulos que capta do utilizador (Pfadenhauer & Dukat, 2015).

A sistematização desta intervenção ainda não está suficientemente clara em termos de recomendações quanto à duração e tipologia (individual ou grupal) das sessões, frequência semanal e o procedimento a adotar durante a própria intervenção. Partindo destes pressupostos, propomos, a análise de estudos relacionados com a Roboterapia-PARO em pessoas idosas de modo a sintetizar procedimentos metodológicos dos estudos desenvolvidos e de intervenção implementada, e ainda resultados referentes ao impacto

clínico desta intervenção.

MÉTODOS

Recorreu-se a uma estratégia dividida em três fases. Na primeira fase realizou-se a uma pesquisa limitada por termos (paro, robototherapy, dementia, care) na base de dados EBSCO; incidindo sobre a análise do título e resumo do artigo e, quando necessário, a sua leitura completa. Na segunda fase, efetuou-se uma pesquisa secundária no site oficial do fabricante (<http://www.parorobots.com>) e estabeleceu-se contato com outros investigadores que conduziram estudos similares, tais como: Kazuyoshi Wada, *Investigador na Tokyo Metropolitan University*; Kaoru Inoue, *PhD do Shibaura Institute of Technology – Tokyo, Japão*; e Wendy Moyle, *PhD da Griffith University, Menzies Health Institute QLD - Austrália*. Na terceira fase, analisaram-se as referências bibliográficas dos artigos incluídos. Foram considerados artigos em inglês, publicados desde 2005.

RESULTADOS

Da pesquisa bibliográfica foram considerados 36 potenciais artigos. Após a leitura completa dos mesmos, incluíram-se 11 na elaboração desta síntese de evidências, pelo fato de darem resposta ao objetivo a que a mesma se propôs, os quais seguidamente analisaremos atendendo aos seguintes critérios: caracterização metodológica dos estudos, caracterização dos participantes, caracterização da intervenção (frequência e duração), instrumentos de medida e resultados.

Em termos metodológicos dos estudos incluídos, sete são estudos controlados aleatórios (RCT) (Joranson et al., 2017; Moyle et al., 2013; Petersen et al., 2017; Robinson, Broadbent, & MacDonald, 2016; Robinson et al., 2013; Yu et al., 2015). De destacar um destes RCT dado que se trata de um RCT Cluster (Moyle et al., 2015), um estudo longitudinal (Wada, Shibata, Musha, & Kimura, 2005) e três estudos quase experimentais (Bemelmans, Jan, & Jonker, 2015; Chang, Sabanovic, & Huber, 2013; Sung, Chang, Chin, & Lee, 2015).

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES: Os estudos selecionados referem ensaios decorridos entre os anos de 2005 a 2017. Estes estudos, no geral, apresentam amostras pequenas, entre 10 a 61 participantes (Chang et al., 2013; Joranson et al., 2017; Moyle et al., 2013; Petersen et al., 2017; Robinson et al., 2016, 2013; Sung et al., 2015; Wada et al., 2005), com exceção do estudo de Bemelmans et al., (2015) com 91 participantes e do maior estudo conhecido até à data com recurso a esta terapia de Moyle et al., (2015) com 415 participantes. A dispersão geográfica dos estudos compreende localizações diversas em sete países: Estados Unidos da América (EUA) (Chang et al., 2013; Petersen et al., 2017), Austrália (Moyle et al., 2015, 2013), Japão (Wada et al., 2005), China (Sung et al., 2015; Yu et al., 2015), Holanda (Bemelmans et al., 2015), Noruega (Joranson et al., 2017) e Nova Zelândia (Robinson et al., 2016, 2013). Os participantes são regra geral mulheres e apresentam,

relativamente à deterioração cognitiva, grau leve a moderado. Os estudos selecionados para análise excluíram participantes que cumprissem os seguintes critérios: comprometimento cognitivo avançado, condições graves de saúde, surdez, afasia, cegueira e diagnóstico de doença psiquiátrica.

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO: O método de intervenção mais comum nos estudos analisados são as sessões de terapia em pequenos grupos com seis a nove participantes, reunidos à volta de uma mesa com a foga disposta no seu meio de modo a permitir que todos a tenham no seu campo de visão.

Bemelmans et al. (2015) e Moyle et al. (2015) propõem uma sessão de terapia individualizada em contexto de sala de modo a reduzir a distração do utilizador. A duração (tempo) das sessões é variável, com uma amplitude entre os 15 (Bemelmans et al., 2015; Moyle et al., 2015) e 60 minutos por sessão (Robinson et al., 2013; Wada et al., 2005), com frequência de uma a três vezes por semana. A duração máxima da intervenção nos estudos analisados foi de 12 semanas (Joranson et al., 2017; Robinson et al., 2016, 2013) e a mínima de três semanas de intervenção (Petersen et al., 2017).

Ao nível dos objetivos de estudo, os onze estudos considerados, focam-se na avaliação dos efeitos do uso da terapia com PARO ao nível do humor (Bemelmans et al., 2015; Lund, Ross, Petersen, & Groenvold, 2015; Moyle et al., 2015, 2013; Robinson et al., 2013; Wada et al., 2005; Yu et al., 2015), interação social e comunicação da pessoa idosa (Bemelmans et al., 2015; Chang et al., 2013; Joranson et al., 2017; Moyle et al., 2015; Robinson et al., 2016; Sung et al., 2015), e ainda ao nível dos SNP (Moyle et al., 2015, 2013; Petersen et al., 2017).

CARACTERÍSTICAS DA AVALIAÇÃO: Em quatro estudos (Bemelmans et al., 2015; Petersen et al., 2017; Sung et al., 2015; Wada et al., 2005) foram feitas avaliações em dois momentos, nos períodos pré e pós intervenção, as intervenções estenderam-se por um período mínimo de três semanas (Petersen et al., 2017) e máximo de oito semanas (Bemelmans et al., 2015); em sete dos estudos foram feitas avaliações em três momentos, nos períodos pré, durante e pós intervenção, as intervenções estenderam-se por um período mínimo de cinco semanas (Moyle et al., 2013) e máximo de 12 semanas (Joranson et al., 2017; Robinson et al., 2016, 2013). Estes estudos consideraram como indicadores de resultado os estados de humor e ansiedade, estado cognitivo, depressão, comportamentos e interação social e ainda o *burnout* dos cuidadores.

IMPACTO DA INTERVENÇÃO: Os estudos aqui incluídos parecem indicar que a intervenção Roboterapia-PARO é uma promissora intervenção não farmacológica, na medida em que se verificou um impacto positivo ao nível da qualidade de vida das pessoas idosas (Bemelmans et al., 2015; Moyle et al., 2013); melhorias ao nível de humor (Chang et al., 2013; Joranson et al., 2017; Moyle et al., 2013) e ao nível da comunicação / interação social (Joranson et al., 2017; Moyle et al., 2015; Robinson et al., 2016; Sung et al., 2015)

No RCT de Yu et al. (2015), os autores verificaram melhoria ao nível de humor quando comparando com um grupo de controlo que apenas realizou atividade psicossociais. Estes resultados corroboram o estudo de Robinson et al. (2013) que na sua pesquisa com uma amostra de 40 pessoas idosas indicam que a Robototerapia-PARO pode diminuir a solidão ($p = 0,033$), ansiedade, stress e melhorar o humor com um impacto positivo no ambiente social ($p = 0,001$). Ainda atentos às possíveis alterações fisiológicas no momento da intervenção um estudo recente de Petersen et al. (2017) encontrou uma diminuição do stress e ansiedade ($p = 0,003$) através de medições do pulso e de respostas galvânicas da pele.

DISCUSSÃO

A síntese de evidências dos estudos realizados com recurso a esta terapia permitiu sintetizar os procedimentos nas intervenções com Robototerapia-PARO, nomeadamente, na caracterização dos participantes; tamanho das amostras; critérios de inclusão e exclusão; características e tipo de intervenção, duração e objetivos; e, por fim, a análise dos instrumentos de colheita de dados, períodos de avaliação e resultados. O fato da Robototerapia-PARO ser uma terapia relativamente recente faz com que seja escassa a literatura sobre a sistematização das sessões, a definição clara de um protocolo de intervenção, imprescindível na implementação desta terapia. Apesar dos estudos analisados apresentarem a Robototerapia-PARO como uma intervenção para a melhoria do bem-estar das pessoas idosas, as conclusões são limitadas devido às opções metodológicas utilizadas e reduzido tamanho das amostras em estudo.

CONCLUSÃO

Apesar dos estudos analisados apresentarem a Robototerapia-PARO como uma intervenção para a melhoria do bem-estar das pessoas idosas, as conclusões são limitadas devido à necessária opção metodológica utilizada. Ao nível dos resultados destacam-se as melhorias no stress, na comunicação, na interação social e nos estados de humor e depressão. No entanto, serão necessários mais estudos, nomeadamente, RCT's com amostras de tamanho maior, de diferentes populações e situações de vida e com diferentes capacidades cognitivas com vista a determinar a eficácia desta terapia e aferir melhor o contexto onde a aplicar.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

É aconselhado a introdução, o mais precocemente possível, deste tipo de intervenções não farmacológicas dado que as mesmas parecem retardar a evolução da doença. De considerar que a qualquer pequeno ganho, ter-se-á de acrescer sobretudo o não aumento das inevitáveis perdas associadas à evolução da doença. Persiste a necessidade de continuação de estudos nesta área, nomeadamente com amostras mais robustas (RCT), que reforcem a evidência da implementação da Robototerapia-PARO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., & Paúl, C. (2014). The Effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A Randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(3), 157–166. <https://doi.org/10.1111/jnu.12072>
- Bemelmans, R., Jan, G., & Jonker, P. (2015). Effectiveness of Robot Paro in Intramural Psychogeriatric Care: A Multicenter Quasi-Experimental Study. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(11), 946–950. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.007>
- Broekens, J., Heerink, M., & Rosendal, H. (2009). Assistive social robots in elderly care: a review. *Gerontechnology, 8*(2). <https://doi.org/10.4017/gt.2009.08.02.002.00>
- Chang, W., Sabanovic, S., & Huber, L. (2013). Use of seal-like robot PARO in sensory group therapy for older adults with dementia. In *2013 8th ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction (HRI)* (pp. 101–102). IEEE. <https://doi.org/10.1109/HRI.2013.6483521>
- Iacono, I., & Marti, P. (2016). Narratives and emotions in seniors affected by dementia: A comparative study using a robot and a toy, 318–323. <https://doi.org/10.1109/ROMAN.2016.7745149>
- Joranson, N., Pedersen, I., Marie, A., Rokstad, M., Aamodt, G., Olsen, C., & Ihlebæk, C. (2017). Group activity with Paro in nursing homes: systematic investigation of behaviors in participants, (2016), 1345–1354. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000120>
- Kuhn, D., Edelman, P., & Fulton, B. R. (2005). Daytime sleep and the threat to well-being of persons with dementia. *Dementia, 4*(2), 233–247. <https://doi.org/10.1177/1471301205051094>
- Lund, L., Ross, L., Petersen, M. A., & Groenvold, M. (2015). The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. *Supportive Care in Cancer, 23*(6), 1719–1733. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2529-0>
- Moyle, W., Beattie, E., Draper, B., Shum, D., Thalib, L., Jones, C., ... Mervin, C. (2015). Effect of an interactive therapeutic robotic animal on engagement, mood states, agitation and psychotropic drug use in people with dementia: A cluster-randomised controlled trial protocol. *BMJ Open, 5*(8), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009097>
- Moyle, W., Cooke, M., Jones, C., Klein, B., Cook, G., & Gray, C. (2013). Exploring the Effect of Companion Robots on Emotional Expression in Older Adults With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(5), 47–53. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130313-03>
- Patterson, C. (2018). *World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers*. London. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>
- Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., & Studley, J. (2017). The Utilization of Robotic

Pets in Dementia Care. *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(2), 569–574.
<https://doi.org/10.3233/JAD-160703>

Pfadenhauer, M., & Dukat, C. (2015). Robot Caregiver or Robot-Supported Caregiving?: The Performative Deployment of the Social Robot PARO in Dementia Care. *International Journal of Social Robotics*, 7(3), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s12369-015-0284-0>

Robinson, H., Broadbent, E., & MacDonald, B. (2016). Group sessions with Paro in a nursing home: Structure, observations and interviews. *Australasian Journal on Ageing*, 35(2), 106–112. <https://doi.org/10.1111/ajag.12199>

Robinson, H., Macdonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The Psychosocial Effects of a Companion Robot: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.007>

Salichs, M. A., Encinar, I. P., Salichs, E., Castro-González, Á., & Malfaz, M. (2016). Study of Scenarios and Technical Requirements of a Social Assistive Robot for Alzheimer's Disease Patients and Their Caregivers. *International Journal of Social Robotics*, 8(1), 85–102. <https://doi.org/10.1007/s12369-015-0319-6>

Soler, M. V., Agüera-Ortiz, L., Rodríguez, J. O., Rebolledo, C. M., Muñoz, A. P., Pérez, I. R., ... Martín, P. M. (2015). Social robots in advanced dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7(JUN). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00133>

Sung, H.-C., Chang, S.-M., Chin, M.-Y., & Lee, W.-L. (2015). Robot-assisted therapy for improving social interactions and activity participation among institutionalized older adults: A pilot study. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/appy.12131>

Wada, K., Shibata, T., Musha, T., & Kimura, S. (2005). Effects of robot therapy for demented patients evaluated by EEG. *2005 IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems, IROS*, 2205–2210. <https://doi.org/10.1109/IROS.2005.1545304>

Yu, R., Hui, E., Lee, J., Poon, D., Ng, A., Sit, K., ... Woo, J. (2015). Use of a Therapeutic, Socially Assistive Pet Robot (PARO) in Improving Mood and Stimulating Social Interaction and Communication for People With Dementia: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 4(2), e45. <https://doi.org/10.2196/resprot.4189>

Características psicossociais comuns em adolescentes com ideação suicida: revisão sistemática com metassíntese

Cristiane Lisboa*, **Rozemere Souza****, & **Thiago Silva*****

*Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz; Enfermeira Especialista em Acupuntura e em Gestão em Saúde Pública; Enfermeira no Instituto Federal Baiano, Uruçuca, Bahia, Brasil. E-mail: cristiane.lisboa@ifbaiano.edu.br

**Doutora em Enfermagem Psiquiátrica; Enfermeira; Professora do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil. Email: rcsouza@uesc.br

***Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde; Enfermeiro; Coordenador de Vigilância em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Conceição da Feira, Bahia, Brasil. E-mail: tns.thiago@hotmail.com

RESUMO

CONTEXTO: Ideação suicida é o ato de pensar ou planejar a própria morte e configura-se como crescente problema de saúde pública entre os adolescentes.

OBJETIVO: Identificar na literatura existente as características psicossociais comuns aos adolescentes em risco para o suicídio.

MÉTODOS: Trata-se de uma revisão sistemática com metassíntese de dados. Questionou-se sobre quais as características psicossociais comuns aos adolescentes em risco para o suicídio. A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020, nas bases de dados eletrônicas da PUBMED, LILACS, SCIELO e MEDLINE através dos descritores “adolescente”, “automutilação” e “ideação suicida” com o operador booleano “and”. Foram selecionados 9 artigos, publicados entre 2015 e 2020, escrito em qualquer idioma e que abordavam características psicossociais comuns aos adolescentes com ideação suicida.

RESULTADOS: Dentre as características psicossociais, percebeu-se que ser membro de família de pais separados, vítima de violência doméstica ou ter sofrido qualquer tipo de abuso eram comuns aos adolescentes em risco para o suicídio. A análise dos aspectos psicoemocionais identificou traços de personalidades, relacionados à alexitimia, impulsividade, irritabilidade, ansiedade e depressão. Observou-se também aumento nos comportamentos autolesivos nos meses que antecederam à tentativa de suicídio.

CONCLUSÕES: Conflitos familiares, abusos e maus-tratos são características comuns à maioria dos adolescentes com ideação suicida. Nessa direção, ressalta-se a necessidade de estratégias de prevenção e manejo, nos contextos da casa, serviços de saúde, escola e redes sociais.

Palavras-Chave: Adolescente; Automutilação; Ideação Suicida.

ABSTRACT

BACKGROUND: Suicidal ideation is the act of thinking or planning one's own death and is a growing public health problem among adolescents.

AIM: Identify in the existing literature the psychosocial characteristics common to adolescents at risk for suicide.

METHODS: This is a systematic review with data synthesis. It was questioned about the psychosocial characteristics common to adolescents at risk for suicide. The research was carried out in July 2020, in the electronic databases of PUBMED, LILACS, SCIELO and MEDLINE through the descriptors "adolescent", "self-mutilation" and "suicidal ideation" with the Boolean operator "and". Nine articles were selected, published between 2015 and 2020, written in any language and addressing psychosocial characteristics common to adolescents with suicidal ideation.

RESULTS: Among the psychosocial characteristics, it was noticed that being a family member of separate parents, victim of domestic violence or having suffered any type of abuse were common to adolescents at risk for suicide. The analysis of the psycho-emotional aspects identified personality traits, related to alexithymia, impulsivity, irritability, anxiety and depression. There was also an increase in self-injurious behavior in the months before the suicide attempt.

CONCLUSIONS: Family conflicts, abuse and mistreatment are characteristics common to most adolescents with suicidal ideation. In this sense, the need for prevention and management strategies in the context of the home, health services, school and social networks is emphasized.

Keywords: Adolescent; Self-mutilation; Suicidal Ideation.

RESUMEN

CONTEXTO: La ideación suicida es el acto de pensar o planificar la propia muerte y es un problema de salud pública creciente entre los adolescentes.

OBJETIVO: Identificar en la literatura existente las características psicosociales comunes a los adolescentes en riesgo de suicidio.

METODOLOGÍA: Esta es una revisión sistemática con síntesis de datos. Se cuestionó sobre las características psicosociales comunes a los adolescentes en riesgo de suicidio. La investigación se realizó en julio de 2020, en las bases de datos electrónicas de PUBMED, LILACS, SCIELO y MEDLINE utilizando los descriptores "adolescente", "automutilación" e "ideación suicida" con el operador booleano "y". Se seleccionaron nueve artículos, publicados entre 2015 y 2020, escritos en cualquier idioma y que abordan características psicosociales comunes a los adolescentes con ideación suicida.

RESULTADOS: Entre las características psicosociales, se notó que ser familiar de padres separados, víctima de violencia doméstica o haber sufrido algún tipo de maltrato eran comunes a los adolescentes en riesgo de suicidio. El análisis de los aspectos psicoemocionales identificó rasgos de personalidad, relacionados con alexitimia, impulsividad, irritabilidad, ansiedad y depresión. También hubo un aumento en el comportamiento autolesivo en los meses previos al intento de suicidio.

CONCLUSIONES: Los conflictos familiares, el abuso y el maltrato son características comunes a la mayoría de los adolescentes con ideación suicida. En este sentido, se enfatiza la necesidad de estrategias de prevención y manejo en el contexto del hogar, los servicios de salud, la escuela y las redes sociales.

Palabras Clave: Adolescente; Automutilación; Ideación suicida.

INTRODUÇÃO

A ideação suicida é o ato de pensar ou planejar a própria morte e configura-se como crescente problema de saúde pública entre os adolescentes e jovens (Glass, Santos, Elias, & Fiaes, 2019, Sousa et al., 2020). No Brasil, observou-se redução no número de adolescentes, quando comparado os últimos censos populacionais, referente aos anos de 2000 e 2010, como também à projeção populacional para 2020. Se, por um lado, ocorre a redução da natalidade que explica essa redução, em contrapartida, o Sistema de Informação de Mortalidade vem notificando números crescentes de morte por suicídio no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019, Brasil, 2020).

No intuito de facilitar a identificação do adolescente em risco para suicídio, como também de reconhecer os sinais de risco presentes na vida desse grupo populacional, este estudo questionou o seguinte: quais as características comportamentais e sociais comuns aos adolescentes com ideação suicida? Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar na literatura existente as características psicossociais comuns aos adolescentes em risco para o suicídio.

MÉTODOS

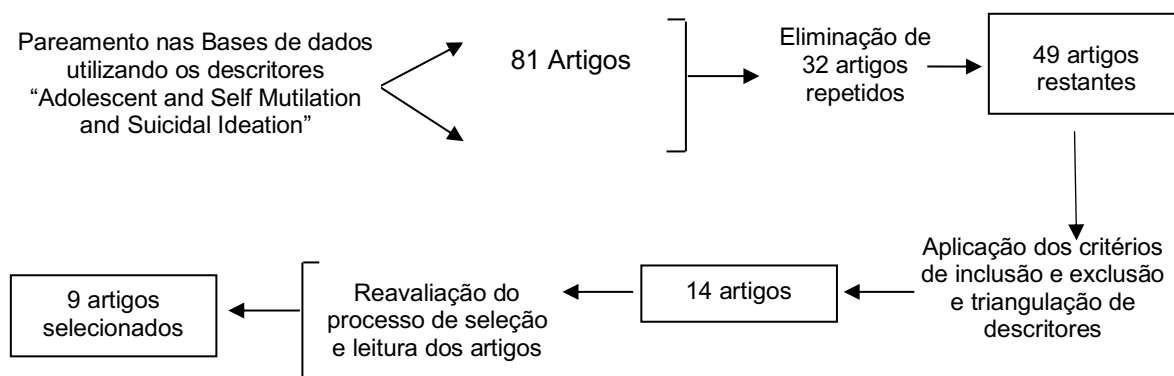
Trata-se de revisão sistemática com metassíntese de dados sobre as principais características sociocomportamentais dos adolescentes em risco para o suicídio, cuja questão norteadora foi elaborada, a partir do acrônimo PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho)). Para responder à pergunta, o estudo foi sistematizado e organizado através da estratégia PRISMA, que consiste em 27 recomendações organizadas em forma de checklist (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

A pesquisa foi realizada no período de 18 a 26 de julho de 2020 nas bases de dados eletrônicas da PUBMED, LILACS, SCIELO e MEDLINE, através dos descritores pareados e

em inglês “Adolescent”, “Self Mutilation” e “Suicidal Ideation”, sendo utilizado o operador booleano “and”. Os critérios de inclusão dos estudos foram: estar disponível na íntegra, estar escrito em qualquer idioma, ter sido publicado entre os anos de 2015 e 2020 e abordar alguma característica social ou psicoemocional do adolescente em risco para o suicídio. Foram excluídos materiais que não estivessem na forma de artigo científico. Todo o processo de busca e seleção está resumido na Figura 1.

Após a seleção inicial, os artigos foram lidos na íntegra de forma interpretativa, sendo categorizados e fichados para posterior síntese das informações principais. Para sumarizar os conteúdos foram buscadas características comuns percebidas em pelo menos dois estudos. O risco de viés do estudo foi considerado à análise dos dados de cada artigo.

FIGURA 1 – Fluxograma descritor: caminho percorrido na busca por estudos nas Bases de Dados.



Fonte: Elaboração própria (2020).

RESULTADOS

Seguindo os parâmetros estabelecidos na estratégia PRISMA, foram observados diversos instrumentos de coleta de dados que possibilitaram o conhecimento das características comuns aos adolescentes com ideação suicida, sendo a maioria dos estudos aplicados em escolas. Não foi encontrado nenhum artigo que abordasse integralmente o objetivo proposto neste estudo, todavia a leitura minuciosa dos artigos selecionados permitiu a construção do conhecimento necessário para responder o referido objetivo.

Das obras selecionadas, 08 artigos estavam indexados à base de dados da PubMed e apenas 01 da Scielo. Esta e outras características gerais dos artigos selecionados estão apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1 – Características gerais das obras selecionadas

Ano	País da Pesquisa	Base de dados	Periódico (v (n): p)	Título da Pesquisa	Autores
2020	Brasil	SCIELO	Esc Anna Nery 2020;24(4):e20200109	Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores	Brito, Silva Júnior, Costa, Sales, Gonçalves, Monteiro.
2019	Itália	PUBMED	Riv Psichiatr 2019; 54(4): 175-182.	Emotions, behaviors and relationships: a case-control study on adolescents' self-cutting	Gatta, Spoto, Miscioscia, Valentini, Donadel, Del Col, Zanato, Traverso, & Ferruza.
2019	Tunísia	PUBMED	Revista Médica PanAfricana	Profil épidémiologique et clinique des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent en Tunisie en post révolution	Charfi, Harbaoui, Skhiri, Abbès, Belhadi, Halayem, & Bouden.
2017	Índia	PUBMED	Asian Journal of Psychiatry http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.024	Predictors of non-suicidal and suicidal self-injurious behaviours, among adolescents and young adults in urban India	Bhola, Manjula, Rajappa, & Phillip.
2016	Dinamarca	PUBMED	Acta Pædiatrica ISSN 0803-5253	Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents	Hedeland, Teilmann, Jørgensen, Thiesen, & Andersen.
2015	China	PUBMED	Archives of Suicide Research, 18:2, 193-212	Measurement of Perceived Functions of Non-Suicidal Self-Injury for Chinese Adolescents	Leong, Wu, & Poon.
2015	Austrália	PUBMED	Psychological Medicine (2015), 45, 429–437	Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents	Martin, Thomas, Andrews, Hasking, & Scott.
2015	Estados Unidos	PUBMED	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 9:20	Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth	Victor, Styer, & Washburn
2015	Estados Unidos	PUBMED	Death Studies, 39: 211–218, 2015	Grit and Perseverance in Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self-Injury	Anestis, & Selby.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Quanto ao método de estudo, apenas 01 foi de abordagem qualitativa e os demais (08) de abordagem quantitativa. Essa caracterização, objetivos e principais resultados estão apresentados no quadro abaixo (QUADRO 2):

QUADRO 2 – Principais informações extraídas da produção selecionada no estudo.

Título da Pesquisa	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores	Estudo qualitativo	Analisar conhecimentos sobre comportamento suicida e estratégias de prevenção adotadas por professores do ensino fundamental.	Professor percebe mudanças comportamentais na sala de aula. Comumente identificam sinais como tristeza e isolamento social e sua relação com problemas familiares. Vêem no diálogo, acolhimento e encaminhamento a serviços especializados a estratégia para o cuidado.

Emotions, behaviors and relationships: a case-control study on adolescents' self-cutting	Estudo de caso-controle	Aprofundar os correlatos psicopatológicos e algumas características psicológicas como alexitimia e impulsividade inerentes ao autocorte	Características comuns: problemas comportamentais de internalização, externalização, ansiedade e depressão.
Profil épidémiologique et clinique des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent en Tunisie en post révolution	Estudo transversal e descritivo	Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das tentativas de suicídio em crianças e adolescentes.	Residir distante da família, sofrer violência doméstica, ter histórico de sofrimento mental na família. Ainda sintomas como irritabilidade, automutilação, depressão e ansiedade estavam presentes até três meses antes da tentativa de suicídio.
Predictors of non-suicidal and suicidal self-injurious behaviours, among adolescents and young adults in urban India	Estudo quantitativo transversal	Examinar as diferenças entre jovens envolvidos em lesões pessoais não suicidas e aqueles que relataram que seus atos lesivos no ano passado foram acompanhados por intenção suicida.	O uso de múltiplos métodos para automutilação fora associado a maior probabilidade de intenção suicida. A dessensibilização a dor da automutilação também se configura num sinal de alerta para o risco de suicídio.
Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents	Estudo de caso-controle transversal e prospectivo.	Explorar as relações entre adolescentes e seus responsáveis legais face a ideação suicida, bem como a relação entre a automutilação e o risco para suicídio.	Pais separados ou ausentes e a sensação de não ser ouvido foi consideravelmente maior entre o grupo de casos. Adolescentes que afirmaram que seu objetivo era morrer se automutilaram meses antes a tentativa de suicídio.
Measurement of Perceived Functions of Non-Suicidal Self-Injury for Chinese Adolescents	Estudo de coorte quantitativo	Avaliar as propriedades psicométricas da versão chinesa da Avaliação Funcional da Auto-Mutilação (C-FASM)	A presença de transtorno de humor e ansiedade configuram maior risco para automutilação não suicida, pois as habilidades de regulação emocional e comunicação são deficientes nesses indivíduos. A C-FASM possui propriedades psicométricas válidas e confiáveis.
Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents	Estudo de coorte longitudinal	Examinar associações entre experiências psicóticas e autolesão não-suicida contemporânea e incidente de tentativas de suicídio.	A vivência de experiências psicóticas combinados a sofrimentos psicóticos são fatores de risco para automutilação não suicida. Adolescentes com experiências psicóticas têm 30 vezes mais chances de tentar suicídio.
Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth	Estudo quali-quantitativo	Descrever as relações entre as características da automutilação não suicida com a ideação suicida entre adolescentes e adultos jovens.	Práticas menos agressivas de automutilação não foram significativamente associadas a ideação suicida, já autoagressões mais severas foram associadas mais significativamente a ideação suicida.
Grit and Perseverance in Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self-Injury	Estudo de coorte	Examinar o potencial papel moderador da tolerância à angústia na relação entre automutilação não suicida e o potencial de suicídio.	Estados mais severos de depressão estão associados a maior incidência de automutilação. A persistência na prática autolesiva ao maior risco para o suicídio.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Dentre os estudos, 05 foram realizados no ambiente escolar, 03 em hospitais e 01 não foi possível identificar o locus do estudo. Por se tratar de pesquisa feita em bases de dados internacionais, há ainda que se considerar como possível viés a diversidade de idiomas encontrada nos artigos, pois ao traduzi-lo, algumas palavras e contextos podem não ter contemplado o significado contido no idioma original.

DISCUSSÃO

As características psicossociais comuns aos adolescentes em risco para o suicídio identificadas na produção investigada foram analisadas, a partir de dois temas: relações familiares e sociais e o risco de suicídio, e comportamentos e emoções relacionadas à ideação suicida.

Relações familiares e sociais e o risco de suicídio

Muitos dos adolescentes que já tiveram ou têm ideação suicida possuem problemas em suas relações parentais (Brito et al., 2020, Charfi et al., 2019, Hedeland, Teilmann, Jørgensen, Thiesen, & Andersen, 2016). Não apenas as relações familiares, mas as relações sociais, de amizade, desenvolvimento de atividades comuns aos adolescentes, desempenho escolar, dentre outras, podem ser severamente comprometidas devido aos problemas comumente identificados naquilo que é chamado de 'a base de um ser humano', a família.

As relações familiares são fenômenos de complexa compreensão, de modo que, por vezes os pais estão presentes fisicamente, mas distantes no aspecto socioemocional de seus filhos. Pais ausentes, pais divorciados, residir longe dos pais, sofrer violência doméstica, abuso ou maus-tratos, baixa afetividade e interatividade são fatores comumente relacionados à relação familiar e ao risco para o suicídio (Brito et al., 2020, Charfi et al., 2019, Hedeland et al., 2016). A falta de comunicação parece ser também uma característica comum nas famílias adolescentes estejam em risco para o suicídio.

Os problemas familiares, por vezes, são percebidos por professores, funcionários e colegas. Para professores, problemas e mudanças no âmbito familiar podem interferir nas relações sociais que os adolescentes desenvolvem, bem como, no desempenho destes no ambiente escolar (Charfi et al., 2019). Outras características comuns são baixa interatividade desses adolescentes, isolamento e círculo de amizades reduzido (Brito et al., 2020).

Os artigos também evidenciaram que adolescentes que não possuem essas características não estão, comumente, em risco para o suicídio (Charfi et al., 2019, Hedeland et al., 2016). Tais evidências indicam importância da construção e manutenção de relacionamentos familiares saudáveis para o bom desenvolvimento dos adolescentes.

Comportamentos e emoções relacionadas à ideação suicida

Além dos problemas relacionados às dinâmicas familiares, a ideação suicida parece estar relacionada à maior tendência ao uso das tecnologias sociais em detrimento dos relacionamentos presenciais, e aos sintomas de sofrimento psíquico, como depressão, irritabilidade, ansiedade e dificuldades sociais. (Charfi et al., 2019, Hedeland et al., 2016).

Sintomas de sofrimento psíquico e comportamentos de automutilação têm sido observados em um período de aproximadamente 03 a 12 meses antes da tentativa de suicídio (Charfi et al., 2019, Hedeland et al., 2016). A alexitimia – dificuldade em descrever as emoções – foi estudada como um traço de personalidade frequentemente presente em adolescentes que se automutilavam (Gatta et al., 2019). As angústias internalizadas e a incapacidade de expressar-se também foram elencadas nos estudos como características importantes, quando aliadas a outras psicopatologias (como ansiedade, depressão e provocação de oposição), para auxiliar na identificação do adolescente em risco para o suicídio. Há ainda sinais que não devem ser ignorados como: declaração de intenção suicida, histórico anterior de tentativa de suicídio, ter na família ou entre amigos alguém que já tentou ou que consumou o suicídio (Gatta et al., 2019, Bhola, Manjula, Rajappa, & Phillip, 2017, Hedeland et al., 2016, Martin, Thomas, Andrews, Hasking, & Scott, 2015).

A automutilação, apesar de impressionar bastante familiares e professores, nem sempre é um preditor de ideação suicida, mas sem dúvida é um sinal que não deve ser ignorado (Brito et al., 2020, Bhola et al., 2017, Victor, Styer, & Washgurn, 2015, Anestesis, & Selby, 2015, Leong, Wu, & Poon, 2015, Martin et al, 2015). Todavia muitos dos adolescentes que se automutilam, não o fazem no intuito de suicidar-se, mas sim de fuga das suas dores psicoemocionais. A motivação pode ser para sentir-se relaxado, evitar fazer algo indesejado, ocupar o tempo quando sozinho ou para evitar a escola (Anestesis, & Selby, 2015, Victor et al, 2015, Leong et al, 2015). Em estudo realizado nos Estados Unidos em 2015, constatou-se que a ideação suicida não foi significativamente associada ao uso de métodos de automutilação leves, como bater-se ou cutucar feridas, mas sim à tentativa de asfixia ou ao agravamento intencional de uma condição de saúde, entretanto observou-se a intensificação do comportamento de automutilação nos meses anteriores à tentativa de suicídio (Victor et al, 2015, Charfi et al, 2019).

Assim, a automutilação em alguns casos pode ser diagnóstico ou um sinal de risco para o suicídio. Para Anestesis, & Selby (2015) e Bhola et al. (2017), ela promove a dessensibilização à dor, algo necessário para quem intenta suicidar-se. Por outro lado, Victor et al. (2015) descrevem redução do pensamento de suicídio em adolescentes que se automutilam. Constatou-se que nem toda autoagressão tem a real intenção de suicídio, mas todo suicídio é uma autoagressão.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que conflitos familiares, abusos e maus-tratos são características comuns à maioria dos adolescentes com ideação suicida. Os estudos também evidenciaram forte relação entre ansiedade, depressão, automutilação e ideação suicida, e que estes não são problemas isolados, mas interdependentes.

Espera-se que o conhecimento dessas características comuns aos adolescentes em risco para o suicídio possibilite aos profissionais de saúde um olhar mais acurado aos discretos sinais de socorro expressos por esse público, nos ambientes domésticos, escolares e, inclusive, através das redes sociais. Para tanto, se faz necessário, dentre outras estratégias, ampliar as redes de apoio e adotar políticas de treinamento dos profissionais de saúde que trabalham nos ambientes escolares, bem como aos professores que lidam diariamente com esse público. É preciso prevenir o suicídio, implementar ações para minimizar e solucionar os sofrimentos emocionais que os adolescentes vêm sofrendo, e orientá-los para a solução de problemas, ampliando habilidades emocionais e de comunicação, e habilidades para a vida.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O conhecimento das características psicossociais comuns aos adolescentes em risco para o suicídio permite aos profissionais de enfermagem melhor acurácia na atenção à saúde desses adolescentes, nos contextos da escola, da unidade de saúde e da atenção às situações de emergência. Tal conhecimento também dá subsídios para que esse profissional possam colaborar na elaboração de estratégias que habilitem os adolescentes para a vida e para o manejo de conflitos inerentes a essa fase de desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2015). Grit and Perseverance in Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self-Injury. *Death Studies*, 39(4), 211–218. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.946629>
- Brasil. (2020). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Acedido em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Bhola, P., Manjula, M., Rajappa, V., & Phillip, M. (2017). Predictors of non-suicidal and suicidal self-injurious behaviours, among adolescents and young adults in urban India. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.024>
- Brito, M. D. L. de S., Silva Júnior, F. J. G. da, Costa, A. P. C., Sales, J. C. e S., Gonçalves, A. M. de S., Monteiro, C. F. de S. (2020). Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores. *Escola Anna Nery*, 24(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0109>

- Charfi, F., Harbaoui, A., Skhiri, A., Abbès, Z., Belhadj, A., Halayem, S., & Bouden, A. (2019). Epidemiological and clinical profile of suicide attempts in Tunisian children and adolescents after the revolution. *Pan African Medical Journal*, 32, 1–12. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.204.15477>
- Galvão, T. F., Pansani, T. de S. A. & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gatta, M., Spoto, A., Miscioscia, M., Valentini, P., Donadel, M. E., Del Col, L., Zanato, S., Traverso, A., & Ferruzza, E. (2019). Emozioni, comportamenti e relazioni: uno studio caso-controllo sul self-cutting in adolescenza. *Rivista Di Psichiatria*, 54(4), 175–182. <https://doi.org/10.1708/3202.31800>
- Glass, A. W., Santos, L. B., Elias, Q. O. & Fiaes, C. (2019). Relato de experiência: automutilação na adolescência. *Anais Eletrônico CIC*, 17(1), 1-5. <http://fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/493/430>
- Hedeland, R. L., Teilmann, G., Jørgensen, M. H., Thiesen, L. R., & Andersen, J. (2016). Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(10), 1231–1238. <https://doi.org/10.1111/apa.13458>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Panorama censo populacional. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>
- Leong, C. H., Wu, A. M. S., & Poon, M. M. yee. (2014). Measurement of Perceived Functions of Non-Suicidal Self-Injury for Chinese Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 193–212. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824828>
- Martin, G., Thomas, H., Andrews, T., Hasking, P., & Scott, J. G. (2015). Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological Medicine*, 45(2), 429–437. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001615>
- Sousa, C. M. S., Mascarenhas, M. D. M., Gomes, K. R. J., Rodrigues, M. T. P., Miranda, C. E. S. & Frota, K. M. G. (2020). *Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. Revista de Saúde Pública*, 54(33), 1–10.
- Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: Evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>

